

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n° 165

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DES de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 2016

Par **Fédora Poissant**,

Née le 05/01/1986 à BLAYE

**Relations entre le genre, le stress, les stratégies de coping et
la consommation d'alcool chez les internes de médecine
générale.**

Directeurs de thèse

Monsieur le Pr Philippe CASTERA

Monsieur le Dr Greg DECAMPS

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE
Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX
Monsieur le Professeur François PETREGNE
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Président
Membre
Rapporteur
Membre

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate, Professeur des Universités en psychiatrie, praticien hospitalier, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A Monsieur Jean-Louis Demeaux, Professeur des Universités, médecin généraliste, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de m'avoir permis de participer à cette belle aventure qu'a été Intern'life.

A Monsieur François Pétrègne, Professeur associé, médecin généraliste, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury ainsi que d'avoir accepté de critiquer mon travail.

A Monsieur le Docteur Yves Montariol, Maître de conférence associé de médecine générale et médecin généraliste d'avoir accepté au pied levé de faire partie de ce jury et d'avoir été un maître de stage très formateur lors de mon stage SASPAS.

A mes directeurs de thèse :

A Monsieur Philippe Castéra, Professeur associé, médecin généraliste, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour votre aide précieuse et votre disponibilité tout au long de mes recherches. Enfin merci de m'avoir guidée et poussée à aller plus loin lors de ce travail de recherche.

A Monsieur Greg Decamps, Maître de conférences des Universités en psychologie, Docteur en psychologie, merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, pour vos conseils et votre soutien au cours de ce travail de recherche, et enfin merci de m'avoir aidée à me dépasser.

A Thomas, ma moitié, merci pour ton soutien et ton amour sans faille au cours de ces années et particulièrement ces derniers mois.

A Auguste, le plus beau cadeau que la vie m'ait fait.

A ma maman pour ton amour inconditionnel, pour m'avoir remotivée dans les moments de creux (« t'as pas mal ! »), et pour simplement partager tous les beaux moments de ma vie.

A mon papa qui nous a quitté trop tôt pour s'émouvoir de voir sa fille devenir docteur en médecine.

A mes petits frères qui sont devenus des tontons gaga: Louis, Etienne, Emile qui m'ont soutenu et m'ont permis de forger mon caractère au milieu de tous ces garçons !

A mes grands-parents adorés : Mamie Mimi, Titos, Kiki.

A toute ma famille.

A l'équipe Intern'life sans laquelle tout cela n'aurait pas été possible, merci Julie pour m'avoir permis de participer à cette aventure, Claire pour tes encouragements et Gaëlle pour tes conseils. Aux Pr. Demeaux, Petregne, Quintard qui nous ont guidés et soutenus durant toute cette étude.

A mes maîtres de stage : le Dr Labadie-Monier merci de m'avoir fait découvrir et aimé la médecine générale, les Dr Montariol, Gellie et Viaud merci d'avoir partagé vos connaissances et vos conseils et d'avoir été si compréhensifs durant mon SASPAS.

Au Dr Christine Trébesses et toute son équipe, pour m'avoir fait découvrir la gynécologie médicale et obstétricale.

A mes amis d'enfance toujours présents, Sarah, Jean-Daniel, Gaby, Jon, Thibault et leurs moitiés.

A mes amis de médecine, merci d'avoir été là à chaque étape :

Pierre, tu es là depuis le début et il y a eu du chemin parcouru !

Karine, mon binôme de médecine merci pour ces déjeuners rituels (le rond-point va me manquer).

Barbara, à nos soirées internat, nos révisions à la BU, nos soirées passées et à venir !

Cécile, ce que le stage de neurologie m'a apporté de meilleur: une grande sœur de cœur !

Aux Internes qui ont pris le temps de participer à cette étude.

A tous les soignants.

A tous les soignés.

Table des matières

Tables des matières	p.4
Avant propos	p.5
I-Introduction	p.6
I-1 Stress et coping : éléments conceptuels et scientifiques	p.7
I-1.1 Le concept de stress.....	p.8
I.1.2. Les stratégies de faire face au stress : le coping	p.10
I-2 Comportements de santé et conduites d'alcoolisation : modèles et études spécifiques	p.11
I-3 Problématique	p.13
II- Contexte de l'étude Intern'life	p.15
III- Revue de la littérature : l'alcool comme stratégie de coping chez les internes en médecine. <i>Article soumis avant les corrections proposées</i>	p.17
IV- Etude du lien entre stress, stratégies de coping et consommation d'alcool selon le genre chez les internes de médecine générales Aquitains, une étude prospective sur 18 mois.	p.33
V Conclusion	p.48
V-1 La fonction de faire face des alcoolisations	p.48
V-2 Prévention des risques de santé chez les internes en médecine ..	p.49
V-3 Evaluation, prévention et prise en charge des alcoolisations	p.50
Références Bibliographiques	p.53
Annexes	p.56
	à 95
Annexe 1 : Flyer Intern'life	p.56
Annexe 2 : Protocole Intern'life T0	p.58
Annexe 3 : Protocole Intern'life T1	p.69
Serment d'Hippocrate	p.96

Avant propos

Ce travail de thèse qui vient clôturer mes études médicales est le fruit d'une collaboration entre le Département de médecine générale et le laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux.

Au cours de l'élaboration de la question de recherche, au vu des investigations nécessaires et du faible nombre de publications scientifiques sur le sujet, notamment en France, la publication de plusieurs articles a été envisagée parallèlement à ce travail de thèse.

Cette thèse est présentée dans un format permettant d'intégrer les articles qui ont été soumis pour publication dans des revues scientifiques.

Ainsi, après une introduction générale et la présentation du contexte de l'étude intern'life, le lecteur trouvera le premier article, correspondant à une revue narrative de la littérature soumise à la revue Alcoologie et addictologie. Celle-ci sera suivie de l'article portant sur l'étude des liens entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les internes en médecine générale, soumis à la même revue. Enfin, la conclusion générale viendra clôturer ce travail.

Nota : Les références bibliographiques présentée en fin de thèse correspond aux parties « Introduction », « contexte de l'étude » et « conclusion ». Les références citées et numérotées dans les deux articles seront référencées à la fin de chacun, permettant ainsi au lecteur de prendre connaissance des documents soumis pour publication. Enfin, afin de faciliter la lecture du document, une liste des abréviations utilisées est proposée ci-dessous :

AUDIT- C: Alcohol Use Disorders Identification Test

CJC: Consultations Jeunes Consommateurs

CAGE : Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

DMG : Département de Médecine Générale

SIMGA : syndicat des Internes de Médecine générale Aquitains

WCC : Way of Coping Checklist

PSS : Perceived Stress Scale

URML: Union Régionale des Médecins Libéraux

I Introduction

La consommation d'alcool reste, selon les données du baromètre de santé 2014(1), un enjeu majeur de santé publique. Elle est en effet la deuxième cause de décès évitable, après la consommation de tabac, notamment à cause des complications liées à une consommation répétée (cancers, cirrhoses, accidents de la voie publique). Si la consommation d'alcool est souvent liée, dans les pays industrialisés, à une pratique culturelle et prend une place importante au cours d'évènements festifs (2), elle peut également être utilisée comme une aide face à des moments anxiogènes. On peut constater que le rôle anxiolytique de l'alcool, décrit dès les années 50 par Conger (3) dans la théorie de « tension-réduction » de l'alcool, est communément admis. Par exemple de nombreux sites web ciblant les problèmes de consommation d'alcool (INPES, Alcool info services...) présentent les effets pervers à utiliser l'alcool comme une aide face à une situation vécue comme stressante. De même, un article de Chouanière 2008 (4) met en garde les consommateurs d'alcool pour gérer le stress et plus particulièrement en contexte de stress professionnel.

Parmi ces catégories professionnelles, les professionnels de la santé, dont les médecins, sont particulièrement touchés. On retrouve en effet de nombreuses références sur le stress des médecins, les symptômes dépressifs et l'épuisement professionnel (5-8).

Une enquête de 2007 de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France (5) rapportent que 53% des médecins interrogés se « déclarent spontanément menacés de burnout », avec pour conséquences une dégradation de la relation médecin-malade et l'envie, pour 12%, de changer de métier.

Les causes du stress chez les médecins sont en effet liées aux conditions d'exercice particulières, notamment en libéral : la lourdeur de la gestion administrative vient en première position (rapportée par 96%) puis la non reconnaissance de l'action de travail du médecin (90%), la charge de travail (89%) et la nécessité de se mettre à jour régulièrement sur les recommandations professionnelles (74%) auxquelles s'ajoutent les causes personnelles comme le manque de temps pour la vie privée (84%). Ce rapport souligne aussi que 11,5% des médecins ayant répondu à l'enquête utilisent l'alcool et/ou le tabac pour se protéger du burnout. Le stress des médecins a donc des spécificités et des conséquences qui lui sont propres nécessitant son exploration afin de maintenir la qualité de la prise en charge médicale. Dans cette perspective Isaksson-Ro et al. 2010 (8) ont décidé d'étudier les liens

entre les stratégies de coping, le stress et le burnout chez les médecins après une intervention conseil. Ils ont pu mettre en évidence un lien entre la diminution d'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion, la réduction du stress lié au travail et l'épuisement émotionnel (composante du burnout). En effet, au cours du temps, les médecins qui utilisaient moins les stratégies centrées sur l'émotion et ayant un stress professionnel moins élevé, avaient des scores d'épuisement plus faibles. Ces résultats soulignent l'intérêt des stratégies de coping et de l'évaluation du stress professionnel chez les médecins en prévention de l'épuisement. Une présentation de ces concepts ainsi que de leurs méthodes d'évaluation sera proposée ci-après.

1.1. Stress et coping : éléments conceptuels et scientifiques

1.1.1. Le concept de stress

Le stress est, de nos jours, une notion communément admise et fréquemment évoquée pour expliquer les tensions auxquelles l'individu fait face quotidiennement. Il est à l'origine de nombreuses recherches, explorant aussi bien ses causes que ses conséquences potentielles dont la plus médiatisée au cours de ces dernières années est le burnout. Pourtant le stress est un concept relativement récent, qui trouve son origine dans un article (9) datant de 1936, écrit par Hans Selyé, qui en est considéré comme le père fondateur. En effet celui-ci repère au cours d'expériences sur des rats réalisées pendant ses études médicales, que ceux-ci présentent des anomalies semblables lorsqu'ils sont soumis à divers agents stressants (hypertrophie des surrénales, ulcérations gastriques...). Il constate également la présence des mêmes anomalies chez différents patients, atteints pourtant de pathologies très différentes. Ces découvertes le poussent à poursuivre ses recherches, aboutissant à l'émergence du concept de « syndrome général d'adaptation », qu'il définit alors comme une « réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation ». Il décompose cette réponse unique au stress en trois phases distinctes :

La phase d'alarme : qui comprend elle-même deux temps différents :

- **La phase de choc** qui correspond au temps où l'organisme prend conscience de l'agression extérieure pouvant entraîner une sidération, au cours de laquelle

apparaissent différents symptômes tels que la tachycardie, l'augmentation du tonus musculaire, la dilatation des pupilles, l'hypothermie ou encore l'hypotension.

- **La Phase de contre-choc** qui mobilise toutes les ressources pour neutraliser les agents extérieurs nocifs, avec apparition de symptômes tels que l'augmentation de la diurèse, l'augmentation du volume plasmatique ou encore l'élévation de la température.

Si l'agression persiste l'organisme entre dans la phase de résistance.

La phase de résistance : correspond à l'ensemble des réactions non spécifiques amorcées par la phase de contre choc, avec un phénomène d'adaptation qui accentue les réactions physiologiques apparues lors de la phase de contre-choc.

Si les stimuli nocifs se prolongent, l'organisme entre en phase d'épuisement.

La phase d'épuisement : qui correspond au moment où l'organisme est dépassé et ne peut plus s'adapter à l'agression extérieure.

Pour Selyé, endocrinologue de formation, le stress est donc une réponse unique à une situation particulière et brusque. Ce modèle s'appuie sur des constatations biophysiques. Il ne prend pas en compte les variations interindividuelles liées à l'évaluation subjective de la situation par chaque individu (10-12) : quel que soit l'agent extérieur stressant, physique ou psychique, il provoque une réponse biologique unique chez tous les individus. L'approche de Selyé, bien qu'elle ait représentée une avancée majeure au début du XXème siècle, limite cependant le stress à un processus linéaire de type « stimulus/ réponse ».

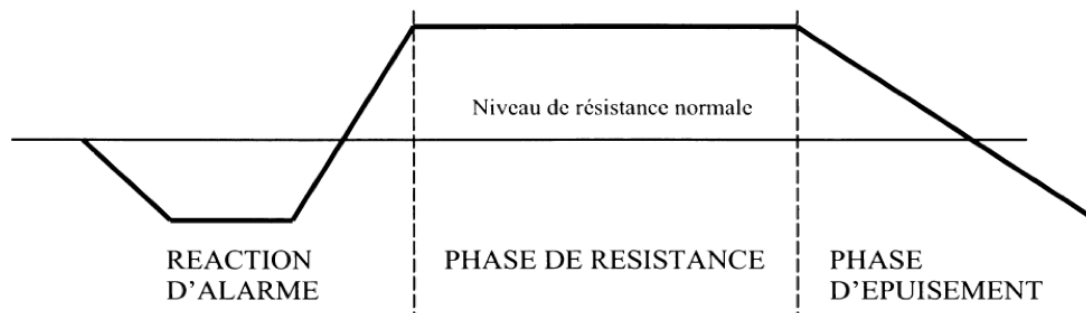


Figure 1. Les trois stades du syndrome général d'adaptation de Selye (1956) (d'après Quintard, 1994).

Plus tard, les travaux sur le stress et ses déterminants (13-17) entrepris par Richard Lazarus et Suzan Folkman apporteront une dimension plus complexe au concept de stress aboutissant au modèle transactionnel. Ce modèle tient son nom de l'intégration de l'individu et de son vécu dans la gestion du stress et met en avant l'interaction entre une personne et son environnement. Le stress devient alors le fruit d'une transaction entre l'individu, son environnement et l'interprétation personnelle que fait l'individu sur cette situation, chacun des déterminants pouvant interagir sur l'autre.

Cette conception transactionnelle a suscité de nombreux travaux afin d'étudier les liens entre le stress perçu par les individus et diverses problématiques de santé (18,19). Dans le cadre de ces travaux, l'auto-évaluation du stress perçu à l'aide du questionnaire de Cohen (20) est celle qui est progressivement devenue la plus fréquemment utilisée. Cette approche propose de tenir compte du caractère subjectif lié au vécu de l'individu en se basant sur la perception subjective que celui-ci peut avoir de la situation à laquelle il est confronté et non à une description objective de celle-ci.

Cette conception a donc permis à Lazarus et Folkman de considérer le stress comme étant un facteur médiateur venant modifier la façon dont divers éléments contextuels ou personnels pourront affecter la santé d'un individu, que ce soit sur le plan somatique, émotionnel ou cognitif.

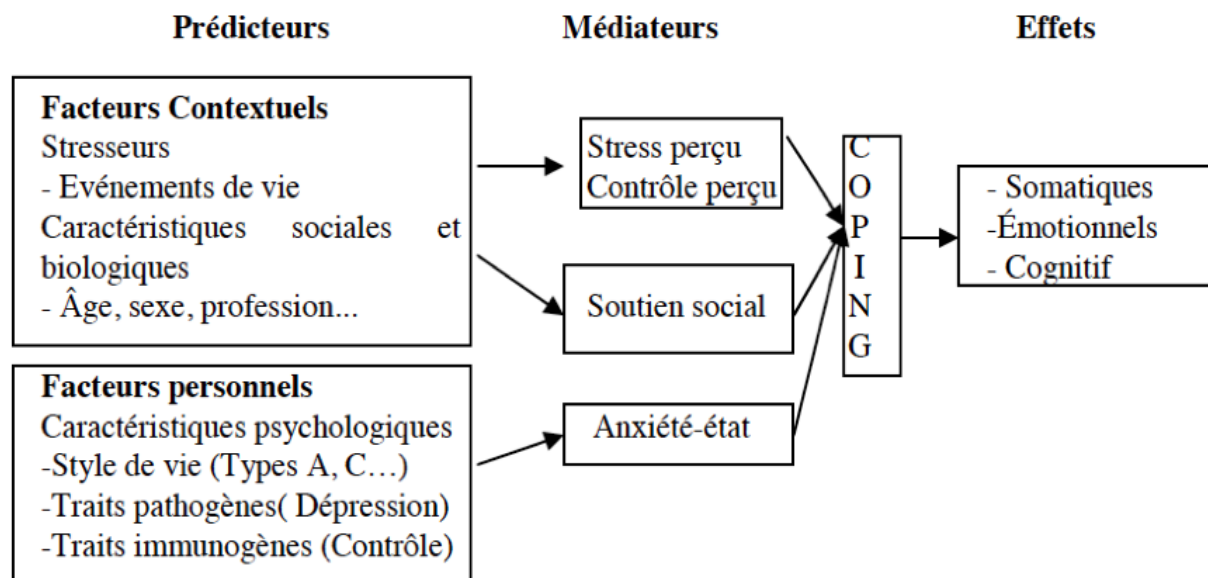


Figure 2 : Schématisation du modèle interactionnel de Lazarus et Folkman, selon Guillet (2012)

1.1.2. Les stratégies de faire face au stress : le coping

L'originalité du modèle de Lazarus & Folkman réside également dans le fait que, au-delà de cette approche subjective de l'expérience de stress, ceux-ci proposent de modéliser les réponses déployées par l'individu pour faire face aux agents stressants auxquels il est confronté, et de leur conférer une place importante en vue de prédire les issues de santé. Ces réponses sont décrites en termes de « stratégies de coping » et sont définies comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». On comprend alors que le stress résulte d'un processus qui implique une situation particulière, analysée comme stressante par une personne qui va ensuite mettre en place des stratégies pour y faire face, à l'origine de répercussions somatiques, cognitives ou émotionnelles.

Dans leur modèle, Lazarus & Folkman proposent de distinguer deux grandes catégories de stratégies de coping (18) :

- **Les stratégies de coping centrées sur le problème** qui vont avoir pour objectif d'agir directement sur la situation ou de diminuer les exigences engendrées par cette situation. Elles comprennent la résolution du problème (recherche d'informations et

mise en place d'une stratégie d'action) et l'affrontement de la situation (actions directes sur le problème).

- **Les stratégies de coping centrées sur l'émotion** qui vont avoir pour objectif de modifier les émotions engendrées par la situation par divers procédés (cognitifs, émotionnels, comportementaux). Il existe une grande diversité de stratégies de coping centrées sur l'émotion: se sentir responsable, consommer des substances psychoactives, recourir à des activités physiques ou distrayantes (sport, télévisions, lecture..), nier la réalité (pensée magique, déni..).

Cette classification initiale va par la suite aboutir à l'élaboration d'un outil d'évaluation des stratégies de coping par Lazarus et Folkman : la Way of Coping Checklist (WCC). Ce questionnaire comprenait à son origine 67 items, dont certains ont fait l'objet d'une attention particulière comme la recherche de soutien social, correspondant à l'utilisation de son réseau social afin de rechercher de l'aide. Cette stratégie de coping a fait l'objet de nombreux débats sur sa classification : certains auteurs ont en effet considéré que c'était une stratégie de coping à part entière alors que d'autres l'ont rattachée à une catégorie plus vaste (18). L'utilisation de la WCC ne permet pas de trancher mais d'étudier la recherche de soutien social en tant que telle, qui apparaît comme un paramètre important parmi les ressources disponibles pour faire face à un événement stressant.

1.2. Comportements de santé et conduites d'alcoolisation : modèles et études spécifiques

La portée du modèle de Lazarus & Folkman a permis à de nombreuses recherches d'étudier les liens entre stress, coping et diverses issues de santé ou comportements de santé, tout comme l'émergence de modèles spécifiques comme notamment le modèle Transactionnel, Intégratif et Multifactoriel en psychologie de la santé.

Ce modèle a pour intérêt, sur la base des différents travaux menés par Bruchon-Schweitzer et ses collaborateurs (21-24), de permettre l'étude des interactions entre les facteurs bio-psycho-sociaux et les différentes stratégies d'adaptation utilisées par l'individu lorsque celui-ci fait face à une situation stressante. Il propose ainsi de mettre en avant le fait que la perception du bien-être et de la santé par l'individu est le fruit de l'interaction entre

différentes variables que sont les antécédents, l'environnement, l'évaluation subjective de la situation, l'utilisation de stratégies de coping et les constantes biologiques. On retrouve en effet dans ce concept les facteurs prédicteurs, qui ont été complétés par de nombreuses données telles que le réseau social, les différents traits de caractères, de personnalité. Dans cette conception, l'évaluation de la situation par l'individu apparaît comme un rôle médiateur sur la santé perçue ou le bien-être subjectif, au même niveau que les stratégies d'ajustement et les variables biophysiques. C'est la rencontre entre les antécédents au sens large et ces médiateurs qui va influencer sur l'issue, qui est ici le bien-être. Un autre avantage est que ce modèle est transposable à toute situation et tout individu.

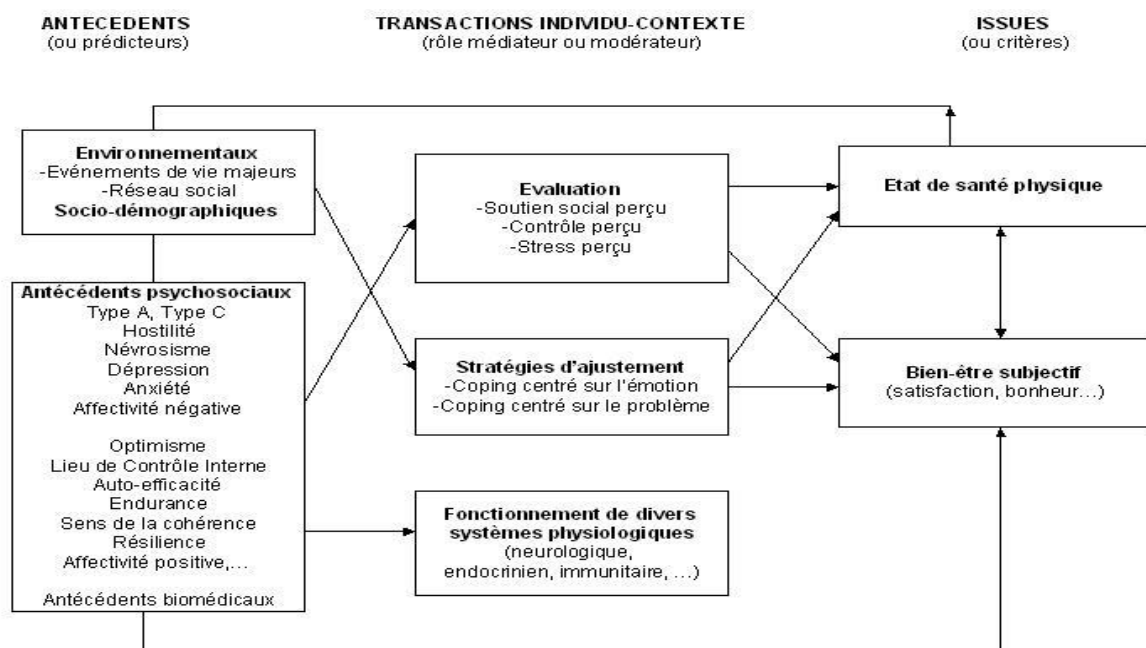


Figure 3 : Un modèle intégratif en psychologie de la santé selon Bruchon-Schweitzer (2002)

Dans sa thèse de 2007, Boujut (25) a donc transposé ce modèle sur une population étudiante dans une étude prospective. Celle-ci met en évidence l'influence des stratégies de coping sur la santé et le bien-être des étudiants. L'utilisation de stratégies centrées sur l'émotion et, au contraire, la moindre utilisation des stratégies centrées sur le problème,

étaient corrélées à une moins bonne santé des étudiants.

Toujours dans cette perspective, Grebot et al. 2004 (26) ont étudié l'utilisation de différentes stratégies de coping chez les étudiants de première année de psychologie. Ils ont mis en évidence que parmi les stratégies de coping dysfonctionnelles utilisées par les étudiants, la consommation d'alcool et autres toxiques étaient utilisées par 15% de leur population. Par la suite de nombreux auteurs ont pu montrer que l'alcool est utilisé comme stratégie de faire face dans différentes populations (27-29), et notamment chez les étudiants en médecine (31).

Le parcours des étudiants en médecine est en effet particulier du fait de la longueur des études et des différentes étapes qui le constituent : concours de première année, étudiant en médecine, externe, interne. L'internat, qui succède au concours permettant à l'étudiant d'accéder à sa future spécialité, correspond à la période de la 6^{ème} à la 9^{ème} année pour les futurs médecins généralistes. Il a été montré par de nombreux auteurs dont Carson et al. 2002 (32), que les internes présentent un stress intense durant cette période.

Les travaux réalisés par Stern et al. (33) ont quant à eux montré que les stratégies de coping utilisées par les internes sont différentes en fonction de l'année de l'internat : les internes de première année utilisent davantage les stratégies centrées sur la résolution de problème et l'auto-accusation que les internes de quatrième année. De même plusieurs études ont pu montrer que les internes avaient recours à l'alcool pour gérer leur stress (34-36).

Cependant les données sur l'utilisation de l'alcool comme stratégie de coping n'ont pas fait l'objet de travaux spécifiques, et les résultats sont pour la plupart discordants. De plus certaines de ces études (34, 35) ont pu faire émerger l'influence du facteur genre sur le stress perçu et les stratégies de coping utilisées. En effet Cohen et al. 2005 (34) mettent en avant que le stress lié à l'intimidation est rapporté de manière plus importante par les internes féminines. De même Alosaimi et al. 2015 (35) retrouvent que l'utilisation de stratégies de coping dysfonctionnelles, dont le recours à la consommation d'alcool, était associée à un stress perçu élevé et au sexe féminin. Mais aucune étude n'a étudié le lien entre le sexe, le stress et l'utilisation de l'alcool comme stratégie de faire face. On retrouve effectivement selon le baromètre de santé 2014 (1) que les ivresses aiguës et les alcoolisations aiguës ponctuelles ont augmenté de manière significative chez les étudiantes en comparaison avec les étudiants alors que la fréquence de consommation est stable dans la population générale. Par ailleurs, un article de Héraut et al. 2013 (36) sur les

consommations de substance chez les internes, retrouve que les consommations aiguës sur une courte durée (binge-drinking) sont plus importantes chez les internes hommes que chez les femmes et qu'il existe une proportion plus importante d'internes féminines à avoir une consommation à risque chronique ou dépendantes.

1.3. Problématique

Au vu des pistes soulevées par les différentes études portant sur les liens entre stress, coping et conduites d'alcoolisation des étudiants, notamment chez les étudiants ou internes en médecine, plusieurs questions semblent mériter la conduite d'études approfondies visant à tester de nouvelles hypothèses, notamment :

La consommation d'alcool peut-elle être considérée comme une stratégie de coping ?

Le genre a-t-il un impact sur l'utilisation de l'alcool pour faire face au stress chez les internes de médecine ?

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer si le sexe a une influence sur l'utilisation de l'alcool comme moyen pour faire face au stress. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'évolution des consommations à risque, du stress perçu et des stratégies de coping au cours des 18 premiers mois de l'internat.

La première partie de ce travail présentera l'étude Intern'life, projet sur le bien-être des internes issu d'une réflexion commune entre Département de Médecine Générale et Institut de psychologie et prolongeant les travaux de Bruchon-Swcheitzer dans le cadre du modèle intégratif de la santé.

La seconde partie sera consacrée à établir un état des lieux des connaissances sur la relation entre consommation d'alcool et stratégie de coping à l'aide des références existantes. Pour cela une revue de la littérature rédigée sous forme d'article a été réalisée et soumise puis acceptée sous réserve de corrections à la revue *Alcoologie et addictologie*.

Enfin la troisième partie sera constituée par l'étude originale prospective ayant pour objectif d'étudier l'impact du genre sur diverses variables que sont le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les internes de médecine générale Aquitains.

II Contexte de l'étude Intern'life

Intern'life est un projet initié en 2012 par l'université Paris Descartes : le Département de Médecine Générale et l'institut de Psychologie de cette université se sont réunis afin de développer une étude de vaste ampleur portant sur le bien-être des internes de médecine générale. Cette étude a été conçue en suivant le concept intégratif de la santé et visait à prédire différentes variables que sont le burnout, la symptomatologie dépressive, le stress perçu, le coping, l'empathie clinique, les addictions, les stratégies de coping et les troubles du comportement alimentaire. Pour cela une cohorte d'internes débutant leur internat en novembre 2012 a été suivie pendant 18 mois à l'aide de questionnaires administrés tous les six mois. Devant le nombre satisfaisant de répondants au premier temps, l'étude s'est agrandie : une deuxième cohorte débutant son internat en novembre 2013 dans la même université a été intégrée.

Parallèlement cette étude s'est étendue à la faculté de Bordeaux en 2013, par l'intermédiaire d'Emilie Boujut maître de conférence et chercheur à l'université Paris Descartes, dans le but d'augmenter sa puissance. Dans ce cadre, le DMG de l'université de Bordeaux représenté par Jean-Louis Demeaux, Professeur universitaire de médecine générale, et François Pétrègne, Professeur associé de médecine générale, en coopération avec le laboratoire de psychologie représenté par Bruno Quintard, Professeur Universitaire de psychologie, ont recruté une équipe de cinq internes désireux de réaliser une thèse sur les composants du bien-être de leurs collègues afin de promouvoir l'étude.

J'ai donc rejoint l'équipe Intern'life avec pour objectif de mobiliser les internes qui débutaient leur internat en novembre 2013. Pour cela nous avons commencé par créer un logo, puis réaliser des stylos, des flyers et des tee-shirts avec ce logo facilement identifiable. Nous avons ensuite créé une page Facebook et un compte twitter Intern'life afin de communiquer avec les internes. Nous nous sommes rendus à la soirée de bienvenue organisée par le Syndicat des Internes de Médecine Générale Aquitains (SIMGA) pour se présenter aux internes, répondre à leurs questions et discuter de l'étude, de son intérêt et des modalités d'inclusion.

Nous avons réalisé dès le lendemain une présentation détaillée de l'étude et de ses

modalités à l'aide d'un diaporama, lors des choix de stage. Nous avons profité de ce temps pour récupérer les coordonnées des internes donnant leur consentement de participation à l'étude. Nous avons ainsi créé une mailing liste de diffusion afin de leur communiquer la date de mise en ligne des questionnaires. Nous avons également organisé un tirage au sort pour les participants grâce à un financement du groupe Pasteur mutualité et de l'agence bancaire LCL, ce qui nous a permis de distribuer des cadeaux aux internes ayant répondu (bons-cadeau FNAC, bouteilles de vin, séance de football en salle) en ayant pour objectif de favoriser leur adhésion à l'étude.

Le recueil des données avait lieu tous les six mois. Le premier questionnaire, correspondant à T0, représentait les données avant le début de l'internat, puis les questionnaires ont été mis en ligne quelques semaines avant la fin de chaque stage : T1 correspondait à la fin du premier semestre, T2 à la fin du second semestre et T3 à la fin du troisième semestre soit 18 mois après le début de l'internat.

Le protocole complet de l'étude a été réalisé par l'équipe Parisienne de l'université Paris Descartes (Annexe 2). De même, les données ont été récupérées, rendues anonymes et triées par l'Université Paris Descartes.

Au cours de cette aventure Intern'life j'ai développé mon projet de recherche : je souhaitais étudier les addictions des internes et évaluer le lien avec le stress et les stratégies de faire au stress. J'ai donc effectué des recherches sur ce sujet qui m'ont permis de réaliser la revue de la littérature suivante.

III L'alcool comme stratégie de coping chez les internes de médecine générale : revue de la littérature.

L'étude de l'utilisation de l'alcool comme stratégie de coping chez les internes nécessitait comme prérequis de connaître les données de la littérature existantes sur le sujet. Nous avons donc réalisé une revue de littérature sous forme d'article, soumis à la revue Alcoologie et Addictologie et accepté sous réserve de corrections. L'article est présenté ci-après dans forme originelle.

L'alcool comme stratégie de coping chez les internes en médecine : revue de la littérature.

Auteurs : Fédora Poissant, Philippe Castéra, Greg Décamps

Affiliation :

F. Poissant médecin généraliste remplaçant Université de Bordeaux 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex

P. Castéra Professeur associé Département Médecine générale Université de Bordeaux Case 148 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex
philippe.castera@u-bordeaux.fr

G. Décamps Maître de conférence HDR, Laboratoire de Psychologie EA4139 - 3ter Place de la Victoire -33076 BORDEAUX cedex France
greg.decamps@u-bordeaux.fr

Contributions des auteurs :

Chacun des auteurs a contribué à la rédaction ou à la révision du manuscrit.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs déclarent l'absence de conflit d'intérêt.

Correspondance :

Fédora Poissant : 5, rue Bourguès 33400 Talence Tél : (33) 688 22 01 16

Email : fedora.poissant@gmail.com

Mots clés : internat et résidence-stress- alcool-adaptation psychologique.

Résumé :

Les internes de médecine sont des étudiants devant gérer un stress particulièrement important dû à leur statut particulier : étudiants et professionnels de santé. Face à ce stress différentes stratégies peuvent être utilisées qui ont fait l'objet d'un grand nombre d'études

chez les étudiants. Cette revue de la littérature a pour objectif d'étudier l'utilisation de l'alcool comme stratégie de coping chez les internes de médecine.

Une recherche documentaire a été menée dans différentes bases de données, dont PubMed qui a été la plus contributive. Les études ont été ensuite sélectionnées sur leur contenu et leur méthodologie.

Les résultats retrouvent 17 articles pertinents qui mettent en lumière de façon hétérogène la consommation d'alcool chez les internes. En effet la prévalence de la consommation d'alcool comme stratégie de faire face au stress allait de 0 à 72% selon les études. Cette grande variabilité est liée aux limites méthodologiques des études et ne permet donc pas de conclure sur le sujet.

Une étude portant sur la consommation d'alcool chez les internes de médecine est nécessaire pour combler les lacunes de la littérature.

Introduction

De nombreuses études ont montré que la consommation d'alcool pouvait être utilisée pour faire face au stress. Cette idée, suggérée dès 1956 par Conger (1) au travers de la théorie de tension-réduction de l'alcool dans laquelle la consommation d'alcool est décrite comme permettant de diminuer la tension et l'anxiété, a été soutenue et renforcée par des travaux tels que ceux de Cooper et al. 1992 (2) suggérant de prendre en compte des facteurs tels que le genre, l'exigence attendue de l'alcool et les styles de coping.

Le recours au concept de coping, tel qu'initialement défini par Lazarus et Folkman en 1984 (3) qui proposent de distinguer les stratégies de coping centrées sur le problème (ou vigilantes) et celles centrées sur l'émotion (ou évitantes), a ainsi permis de considérer la consommation d'alcool comme se situant dans un registre d'évitement du stress. A partir de ce constat, les liens entre stratégies de coping et utilisation de l'alcool ont été explorés dans différentes populations : Camart et al. 2008 (4) retrouvent que les patients alcoolo-dépendants utilisent préférentiellement le coping centré sur l'émotion (désengagement, déni), qui est corrélé positivement à la consommation d'alcool ainsi qu'à l'anxiété et à la dépression. Monfort et al. 2012 (5), dans une étude ayant pour objectif d'étudier les stratégies de coping des anciens combattants ayant développé un état de stress post traumatique, décrivent également que l'utilisation de l'alcool permet de faire face au stress

dans cette population. Chez les pré-adolescents, Courtois et al. (6) ont observé un lien entre les événements vécus de manière négative et la consommation d'alcool. Cette fonction de faire face de la consommation d'alcool a ainsi pu être prise en compte dans des études sur les motivations à l'usage d'alcool : Kuntsche et al. 2005 (7), dans une revue de la littérature, rapportent que les principales motivations à la consommation d'alcool chez les jeunes sont : les raisons sociales, la recherche d'une mise en valeur de soi ainsi que le fait de faire face au stress. Cette fonction de faire face au stress de la consommation d'alcool a par ailleurs été récemment décrite par Aurora et al. 2015 (8) comme ayant, chez les étudiants, un rôle médiateur sur la relation entre la régulation des émotions et la fréquence/ quantité de consommation d'alcool.

Parmi ces différentes populations, les étudiants ont fait l'objet d'un intérêt particulier pour de nombreux auteurs. Ils décrivent la vie étudiante comme particulièrement stressante en raison notamment du changement de mode de vie : autonomie à acquérir, éloignement du domicile parental, préoccupations liées à la difficulté des études supérieures ainsi qu'aux « tracas quotidiens » (9-12).

Selon Boujut 2002 (13) les stratégies de faire face les plus utilisées par les étudiants sont : la recherche de soutien social, le coping évitant et le coping festif addictif. Ce dernier est décrit comme l'adoption de comportements festifs avec des amis, incluant des consommations d'alcool et d'autres substances.

Dans cette même population, Grebot et al. 2005 (11) se sont penchés plus particulièrement sur les facteurs à l'origine de l'utilisation des stratégies de coping dites « dysfonctionnelles » dont fait partie la consommation d'alcool. Ils ont mis en lumière que la majorité des étudiants utilisent des stratégies de coping dites fonctionnelles, centrées sur le problème, comme la recherche d'information mais aussi que la consommation d'alcool pour faire face concernait 15% des étudiants.

Si ces travaux constituent une avancée majeure du point de vue des connaissances relatives à la fonction de faire face de l'alcool, ils restent néanmoins limités par le fait qu'ils ne concernent généralement que les étudiants de première année. Il reste donc difficile de déterminer si ces constats peuvent être appliqués à d'autres populations d'étudiants, notamment les étudiants plus avancés dans leur cursus universitaire ou les étudiants de certaines filières considérées comme plus stressantes que d'autres, notamment la médecine. Dans cette perspective Al-Dabal et al. 2010 (14) ont mené une étude sur le

stress dans deux groupes d'étudiants : un groupe d'étudiants en médecine et un groupe appartenant au département d'étude appliquée et service communautaire, afin d'explorer le lien entre stress et cursus universitaire. Ils ont ainsi pu mettre en évidence un stress académique plus important chez les étudiants en médecine que chez les étudiants d'autres filières. Ils expliquent ceci par la perception d'exigences académiques plus élevées pour les étudiants en médecine. Cette étude révèle également que les étudiants en médecine perçoivent plus fréquemment que leur santé physique et mentale est moins bonne depuis le début de leurs études que les étudiants d'autres filières. Au vu de ces éléments et de la longueur des études médicales, une aggravation de cette perception au cours du temps est à envisager, notamment en fin de cursus, période correspondant à l'internat.

En effet, l'internat de médecine (résidence pour les pays anglo-saxons) correspond en France à la période allant de la 7^{ème} à la 9^{ème} année pour un médecin généraliste et se caractérise par le début de l'autonomie professionnelle : de la prise en charge initiale du patient avec pose de diagnostic à la prescription sous la supervision d'un sénior. C'est une période particulièrement stressante (19-22) car l'étudiant en médecine, qui n'avait jusqu'alors aucune responsabilité, doit apprendre à gérer seul la prise en charge globale des patients. De plus l'interne a un double statut : étudiant (il doit encore assister à des cours et remettre des travaux tels que son mémoire ou sa thèse) et professionnel (contrat de travail, salaire et responsabilités), cela étant décrit comme pouvant altérer sa santé mentale (23).

Cette période correspond également à un âge (en moyenne de 26 à 29 ans) où l'aspiration à une vie de famille se fait plus grande, faisant de la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle une source de stress supplémentaire (24).

Au vu de la spécificité du stress auquel cette population est confrontée quelques études récentes ont alors proposé d'étudier plus spécifiquement le stress et les stratégies de faire face des internes en médecine.

Gunasingam et al. 2015 (25) ont réalisé un essai contrôlé randomisé afin d'étudier la prévalence du burnout et l'intérêt de sessions de débriefing pour réduire celui-ci chez les internes en médecine. Ils ont pu remarquer que les internes évoquaient la consommation d'alcool comme permettant de faire face au stress. Sun et al. 2008 (21) retrouvent, dans une étude transversale visant à identifier les causes de stress et les stratégies de faire face des internes à Johannesburg, que 18% des internes rapportent utiliser l'alcool pour faire face. Plus récemment Hoogbonsimanont et al. 2015 (26) retrouvent, dans une étude transversale

sur les internes de médecine d'urgence, que 72% utilisent l'alcool comme coping (3ème stratégie d'ajustement la plus utilisée).

Si ces études confirment la fonction du coping de recours à l'alcool chez les internes en médecine, leurs résultats restent néanmoins quelque peu divergents, notamment du point de vue de la fréquence du recours à l'alcool. Ces divergences semblent notamment pouvoir s'expliquer par le recours à des méthodologies et outils différents, ce qui limite la portée des conclusions envisageables.

En effet de nombreuses échelles existent pour évaluer les stratégies de coping (15) : WCC (Ways of coping checklist) (16), CISS (Coping Inventory for Stressfull Situations) (17) , COPE (18),...et toutes n'évaluent pas le même nombre de stratégies. Par ailleurs, les modalités d'évaluation des consommations d'alcool semblent varier fortement selon ces études.

Ces éléments semblent donc justifier la réalisation d'une revue de littérature permettant de préciser l'état des connaissances sur la fonction de faire face du recours à l'alcool chez les internes en médecine. L'objectif de cette étude sera donc de décrire et comparer les méthodologies, les caractéristiques des populations étudiées, les outils de mesure et d'investigation utilisés, ainsi que les résultats obtenus dans les études scientifiques sur ce sujet.

Matériel et méthode

Dans un premier temps, la base Hetop, référencée sur le site du Cismef, a été utilisée afin de trouver les mots clés adaptés à la recherche bibliographique. La population cible étant les internes en médecine, les mots clés identifiés étaient « residency or internship ». Pour la stratégie de faire face, « coping » correspondait au terme préféré ainsi que « psychological adaptation ». « Stress » et « Alcool » ont été les autres mots clés retenus.

Ces termes ont ensuite été utilisés sur les bases de données Google scholar, Pubmed, Cismef, PsychInfo et Cochrane Library.

Différentes équations de recherche ont été testées et utilisées dont l'équation « internship and residency » and « psychological adaptation » and « stress » réalisée en Janvier 2016 sur Pubmed. Cette dernière a été la plus contributive et la plus pertinente. Elle a permis de répertorier 102 résultats, après ajout des résultats retrouvés à l'aide des autres équations dans les différentes base de données et suppression des doublons. D'autre part certaines

études ont pu être ajoutées grâce aux sources utilisées par les articles sélectionnés. Parmi ces résultats, les articles ont été inclus ou exclus sur leur titre selon les critères suivants : titre précisant l'objectif qui devait correspondre à l'étude du bien-être et/ou du stress et/ou du coping et/ou de la consommation d'alcool dans une population définie d'internes en médecine. Puis les articles répondant aux critères du titre ont été sélectionnés sur leur résumé dont la partie résultats devait mentionner l'utilisation de l'alcool dans cette population. Puis les articles sélectionnés ont été lus en totalité et soumis aux critères suivants.

Critères d'inclusion : articles, revues de la littérature, de 1966 à décembre 2015 portant sur le stress ou sur les stratégies de coping des internes de médecine. Langue française ou anglaise.

Critère de jugement principal : alcool comme coping dans les résultats.

Population : internes de médecine (résidents).

Critères d'exclusion : étudiants en médecine non internes, stratégies de coping non évoquées dans l'article, alcool comme stratégie de coping non mentionné.

Les articles éligibles ont été intégrés à la revue après une analyse de leur qualité s'appuyant sur la méthode PRISMA, détaillant pour chaque étude la population, la méthode, le critère de jugement utilisé ainsi que la recherche de biais pertinents.

Résultats

Sélection de références

Sur les 102 articles retrouvés dans la base de données Pubmed 33 articles ont été sélectionnés sur leur titre.

Une recherche complémentaire, réalisée dans les autres bases de données ainsi que dans la bibliographie des articles précédemment retenus, a permis d'ajouter 13 références supplémentaires.

La lecture des résumés des 46 articles a permis d'en exclure 21 car 15 ne mentionnaient pas l'alcool, 4 ne différenciaient pas les internes en médecine des autres étudiants et 2 abordaient le bien-être sans mention du stress.

Les 25 articles sélectionnés ont été lus en intégralité : 5 abordaient la consommation d'alcool sans lien avec le stress, 2 revues de la littérature ne séparaient pas les internes des

autres étudiants en médecine et 1 revue de la littérature ne portait que sur les femmes internes. Ces différentes étapes sont présentées dans le diagramme de flux en Figure 1.

Les objectifs, populations, méthodes, résultats et biais des 17 articles restants ont alors été analysés et sont présentés ci-après.

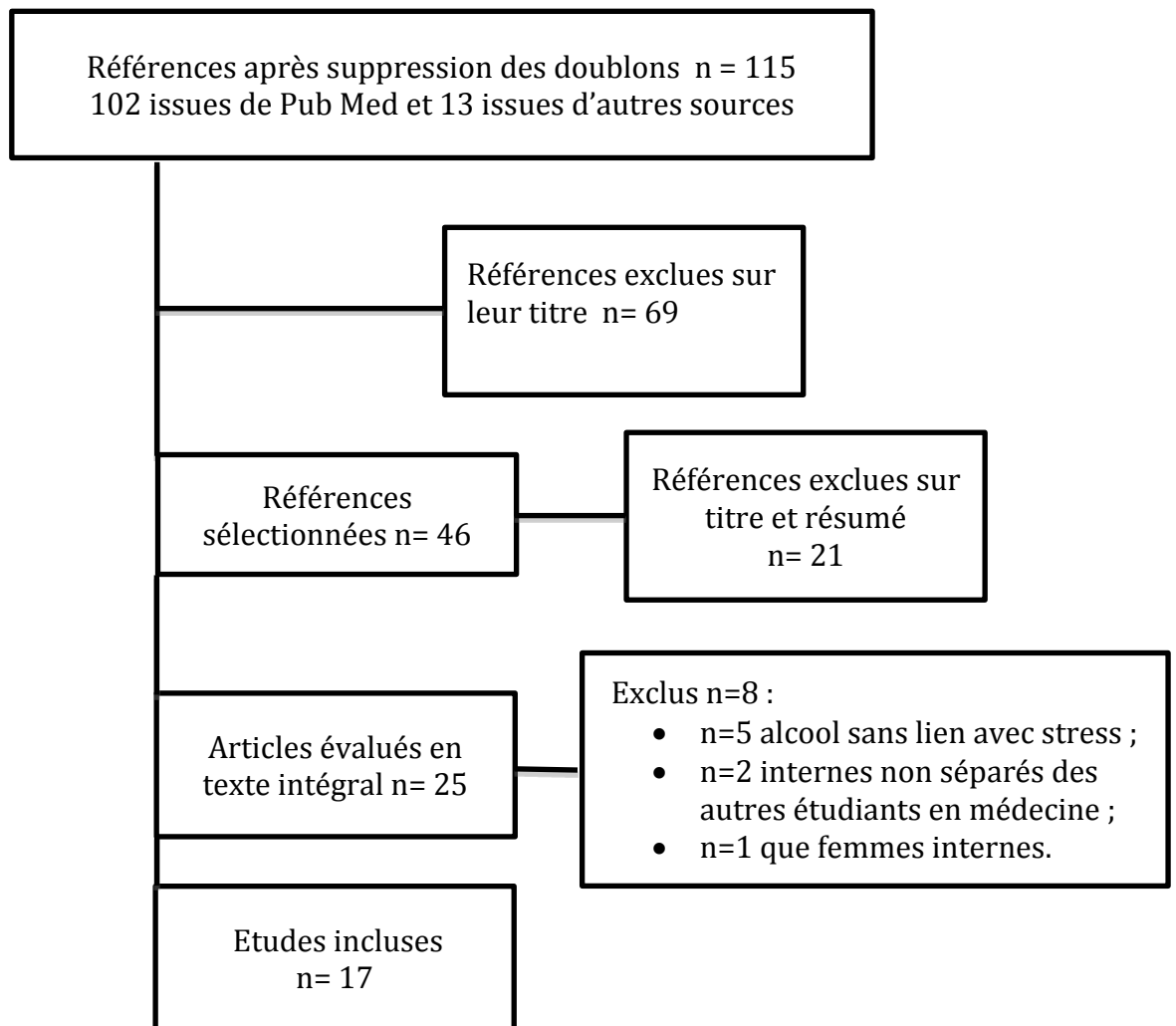


Figure 1 : Diagramme de flux.

Caractéristiques des études

Une synthèse des 17 articles est présentée dans le tableau 1, précisant notamment les caractéristiques des populations étudiées, le type d'étude, les outils utilisés ainsi que les principaux résultats.

Toutes les études sont auto-déclaratives, réalisées à l'aide de questionnaires (envoi par mail ou poste) sauf celle de Hurst et al. (35) qui repose sur des entretiens individuels. Elles sont

toutes transversales sauf celle de Gunasingam et al. (25) qui est un essai contrôlé randomisé, quantitatif et qualitatif réalisé à l'aide de questionnaires et d'entretiens individuels.

Le choix de l'année d'internat peut-être la première exclusivement (25, 35, 36, 38), la totalité du cursus (26, 29, 32, 33, 37), à partir de la 2^{ème} année (34) ou encore seulement les deux premières années (22, 27). Ce choix n'est justifié dans aucune des études. La spécialité est toujours précisée : toutes spécialités pour le plus grand nombre, internes de médecine d'urgence (26), médecine de famille (29, 30), chirurgiens orthopédiques pour Sargent et al. (39). Les critères démographiques sont toujours précisés (âge, sexe) et chaque continent est représenté.

Concernant le critère de jugement principal : le stress est le critère le plus utilisé pour les différentes études (21, 22, 26, 27, 31, 36, 39) puis viennent le bien être (31, 34, 35, 37), les stratégies de coping (28, 33), enfin le burnout pour trois études (25, 29, 30). Une seule étude a pour objectif d'étudier la consommation d'alcool pour faire face au stress chez les étudiants en médecine (38).

L'évaluation de l'utilisation de l'alcool comme stratégie de faire face est très hétérogène: Hurst et al. (35) ont utilisé la question ouverte : « Que faites- vous pour gérer votre stress ? », laissant la possibilité ou non aux internes d'évoquer l'alcool ; d'autres études comme celle de Sun et al. (21) ne détaillent pas les questionnaires utilisés pour l'évaluation de la consommation d'alcool comme stratégie de coping et enfin Alosaimi et al. (33) utilisent le Brief Cope Scale qui est un outil à 28 items reconnu pour explorer les stratégies de coping.

L'alcool comme coping dans les études

Un lien entre consommation d'alcool et stratégie de coping a été mis en évidence de manière plus ou moins significative selon les études.

En effet deux études rapportent des résultats qualitatifs mentionnant l'utilisation de l'alcool comme stratégie de faire face: Hurst et al. 2013 (35) ont réalisé 17 entretiens individuels avec des internes Canadiens de première année et ont remarqué qu' « une minorité utilisait l'alcool pour diminuer le stress » alors qu'aucun d'entre eux ne rapportent l'utilisation de drogues. Des résultats qualitatifs sont également rapportés par Gunasingam et al. 2015 (25) dans un essai contrôlé randomisé visant à évaluer l'impact d'entretiens individuels (31 réalisés) sur les scores de burnout chez des internes australiens de première année, toutes

spécialités confondues. Ils retrouvent, en posant la question : « que faites-vous pour faire face au stress lié au travail ? », que quelques internes répondaient consommer de l'alcool même « si ce n'est pas tant l'alcool mais ce qu'il représente : être à la maison, être détendu. »

D'autres études, comme celle de Lebenshon et al. 2013 (31), retrouvent un lien entre consommation d'alcool et bien-être ou conséquences du stress. Ils ont en effet réalisé une étude sur les comportements de bien être chez 168 internes de médecine générale de plusieurs facultés des Etats-Unis (taux de réponse= 77%) qui montre un lien significatif entre burnout (évalué par le score MBI) et consommation d'alcool (évaluée par la question « quel nombre de verres d'alcool consommez-vous par semaine type ? ») : le groupe à haut risque de burnout rapporte significativement plus de consommation d'alcool (score moyen = 2,2) que le groupe à faible risque (score moyen = 1,65) ($p=0,029$). Un lien entre bien-être, mesuré à l'aide du score GHQ (General Health questionnaire), et consommation d'alcool, mesurée à l'aide du score DETA, est également rapporté par Robert et al. (30) dans une étude sur les internes de médecine générale de la région Centre en France (110 participants, taux de réponse= 90,9%) : 92 % des internes de médecine générale ayant une consommation excessive d'alcool étaient en mal-être ($p = 0,028$). Les difficultés personnelles des internes seraient également liées à leur consommation d'alcool, comme en témoigne l'étude de Young et al. 1987 (28) qui ont montré chez 466 internes américains (taux de réponse 60%), en contrôlant la variable genre, une covariation entre la fréquence d'utilisation de l'alcool et la présence de problèmes émotionnels ou personnels ($F=2,57$ $df=2$ $p=0,05$) ainsi qu'avec la sévérité de ces problèmes ($F=4,1$ $df=1$ $p= 0,05$).

Enfin d'autres études rapportent un lien significatif entre alcool et stratégies de coping dans différentes régions du monde. C'est le cas de Damestoy et al. 1993 (22) qui retrouvent, grâce à une liste de stratégies de coping (non détaillée) proposée aux internes de la faculté de Toronto (taux de réponse = 73,3%), que l'alcool n'est pas utilisé comme stratégie de faire face en première intention mais 3,5% l'utilisent en seconde intention. Egalement à Toronto, Rudner 1956 (27) a mis évidence que sur 76 internes de 1^{ère} et 2^{ème} année (taux de réponse = 55,1%) seulement 2% utilisaient l'alcool pour diminuer le stress après une dure journée. Toujours au Canada, deux études menées par Cohen (32, 37) rapportent des résultats

similaires : la première de 2005 (32), dans laquelle une liste de stratégies de coping était proposée à 415 internes Canadiens, met en lumière que 16% (taux de réponse 51%) consommaient de l'alcool pour se sentir mieux, la seconde de 2008 (37) de plus grande ampleur, sur les facteurs de bien être des internes de toutes années et de toutes spécialités (1999 participants, taux de réponse = 35%) retrouvent que 17% utilisent l'alcool contre le stress .

Si ces références sont majoritairement nord-américaines, plusieurs études proviennent également d'autres continents : L'AMA (Australian Medical Association) (34) a réalisé une étude transversale sur la santé et le bien-être de 914 internes australiens dans laquelle ressort que 3% utilisent l'alcool comme coping principal et 8,6% l'utilisent comme stratégie de coping secondaire face au stress au travail.

En Afrique une étude menée sur 917 internes d'Arabie Saoudite (taux de réponse=25,9%) de toutes spécialités et toutes années confondues a été menée par Alosaimi et al. 2015 (33) et a mis en évidence, grâce à l'utilisation de la Brief Cope scale, que 11,5% utilisaient l'alcool pour se sentir mieux. Sun et al. 2008 (22) ont interrogé 110 internes sud-africains (taux de réponse = 62%) et ont montré que 18,1% utilisaient l'alcool pour diminuer leur stress, sans pour autant indiquer la méthode d'évaluation de la consommation d'alcool utilisée dans leur étude.

En Inde, Chandramouleeswaran et al. 2014 (36) dans une étude sur 93 internes Indiens (taux de réponse= 89%) ont pu retrouver, en proposant une liste de stratégies de coping aux internes, que 13,2% des internes utilisaient l'alcool.

En Europe Tyssen et al. 1998 (38) ont pu montrer que 10,5% des internes Norvégiens de leur étude (taux de réponse 83%) utilisent l'alcool pour gérer leur stress, en utilisant le questionnaire AUDIT et la question « Quand vous vous sentez nerveux, anxieux ou tendus buvez-vous de l'alcool pour vous aider à gérer les choses ? ».

Puis en France, Barbarin et al. 2012 (29) ont mis en lumière que sur 114 internes de médecine générale (taux de réponse= 57,9%) 10,5% utilisaient l'alcool ou les drogues pour gérer le stress, sans préciser la méthode d'évaluation des moyens de gestion du stress.

Enfin, quelques études ont proposé d'étudier plus précisément des populations d'internes de spécialités: Sargent et al. 2004 (39) ont comparé les facteurs liés à la qualité de vie entre deux groupes : internes de chirurgie orthopédique et chirurgiens orthopédiques, et ont

montré que les deux groupes rapportaient utiliser l'alcool en réponse au stress (score moyen=1 point pour les professeurs et 1,2 points pour les internes), en utilisant 18 questions dont certaines explorent la gestion du stress (non détaillées dans l'étude). Un grand nombre d'internes de médecine d'urgence utilisent également l'alcool pour faire face au stress, ce qui est souligné par Hoonpongsinamont et al. (26) : dans leur étude de 2015 visant à évaluer le stress perçu et les stratégies de coping utilisées par les internes de médecine d'urgence aux Etats-Unis (109 participants, taux de réponse =30%) ils retrouvent que 71% d'entre eux utilisent l'alcool pour faire face au stress. Cependant l'outil d'évaluation de la consommation d'alcool n'est pas détaillé.

Tableau 1 : Synthèse des résultats.

Sources	N - %	Période	Population (internes)	Type d'étude	Outils	Résultats
Hurst et al. 2013 (35)	17- NC	Non détaillée	Toronto, 1 ^{ère} année.	Transversale Entretiens individuels	« comment faites vous face au stress de l'internat ? »	« une minorité rapporte utiliser l'alcool pour atténuer le stress »
Gunasingam et al. 2015 (25)	31- 59%	2011	Australie, 1 ^{ère} année, toutes spécialités	Essai contrôlé randomisé	« Quelles sortes de choses faites vous pour faire face au stress lié au travail ? »	L'alcool est évoqué comme stratégie de faire face par les internes
Lebensohn et al. 2013 (31)	168- 77%	2012-2013	USA, 1 ^{ère} année de différentes facultés	transversale	Wellness behaviour survey MBI	Lien significatif entre consommation d'alcool et burnout (p=0,029)
Robert et al. 2010 (30)	110- 90%	2 ^o semestre 2007-2008	Région Centre, Médecine Générale	transversale	DETA GHQ-28	92 % des IMG ayant une consommation excessive d'alcool étaient en mal- être (p = ,028).
Young et al. 1987 (28)	466- 60%	Année 1985	Internes Centre USA	transversale	Non détaillé	Association entre l'incidence de problèmes émotionnels ou personnels et fréquence d'utilisation de l'alcool (p =0,05)
Damestoy et al. 1993 (22)	88- 73,3%	Janvier à Mars 1990	1 ^{ère} et 2 ^{ème} années de Mc Gill	transversale	Liste de stratégies de coping proposée	0% utilisent l'alcool comme 1 ^{ère} stratégie de coping et 3,5% comme seconde
Rudner 1956 (27)	76 – 55,1%	Novembre 1984	1 ^{ère} et 2 ^{ème} années de Toronto	transversale	Non détaillé	2% utilisent l'alcool.
Cohen et al. 2005 (32)	415-51%	Année 2003/2004	Alberta, toutes années et spécialités	transversale	Liste de ressources face au stress proposée	16% utilisent parfois ou souvent l'alcool pour se sentir mieux
Cohen et al. 2008 (37)	1999- 35%	Année 2004-2005	Canada ; toutes années et spécialités.	transversale	Liste de ressources utilisées face au stress.	17% utilisent l'alcool pour faire face
AMA 2008 (34)	914- NC	6 Février au 20 Avril 2008	Australie et NZ, 2 ^{ème} année et plus	transversale	Non détaillé	3% utilisent l'alcool comme leur principale stratégie de coping et 8,6% comme leur 2 ^{nde}
Alosaimi et al. 2015 (33)	917- 25,9%	Mai à octobre 2012	Arabie Saoudite, toutes années et spécialités	transversale	Brief coping scale (28 items)	11,5% utilisaient l'alcool pour se sentir mieux
Sun et al. 2008 (21)	110- 62%	Août 2005	Internes Johannesburg	transversale	Non détaillé	18,1 % utilisaient l'alcool pour diminuer le stress
Chandramouleeswaran et al. 2014 (36)	93 -89,4%	Octobre 2010 à septembre 2011	Inde, 1 ^{ère} année	transversale	Liste de stratégies de coping proposée : combien de fois utilisez vous celle ci sur une échelle de 1 à 3 ?	13,2% utilisent l'alcool comme coping
Tyssen et al. 1998 (38)	522-83%	Printemps automne 1993 et 1994	Norvège, Internes 1 ^{ère} année et étudiants en médecine	transversale	« Quand vous êtes inquiet, nerveux, tendus est ce que vous buvez de l'alcool pour vous aider à gérer les choses ? »	10,5% utilisent l'alcool pour faire face au stress.
Barbarin et al. 2012 (29)	114- 57,9%	27 février/14 avril 2007	Nantes, Médecine Générale (3 ans)	transversale	Non détaillé	10,5% géraient le stress en consommant de l'alcool ou autres drogues
Sargent et al. 2004 (39)	46-NC	Non détaillée	Internes et chirurgiens orthopédiques	transversale	18 questions sur le bien-être et les stratégies de gestion du stress	1,2 points des résidents font face au stress en consommant de l'alcool.
Hoonpong simanont et al. 2015 (26)	109- 30%	NC	USA, Médecine d'urgence (3 ans)	transversale	Question : « combien de fois vous tournez vous vers ces choses pour faire face au stress de l'internat » avec échelle de likert de 0 à 4.	71% utilisent l'alcool comme réponse au stress

Discussion

L'étude des méthodologies et résultats des 17 études faisant mention de l'utilisation d'alcool par des internes pour gérer leur stress issues de cette revue de littérature permet d'attester, au vu de la répartition géographique de ces études, que l'alcool semble être un moyen de faire face au stress communément utilisé à travers le monde, dans différentes populations d'internes.

Ces résultats restent cependant hétérogènes bien que la majorité des études trouvent des prévalences entre 10,5 et 18%, ce qui peut notamment s'expliquer par l'absence de Gold standard pour mesurer les consommations d'alcool. En effet, les outils de mesure utilisés sont parfois très différents, ce qui ne permet pas de comparer l'ensemble des études entre elles. La variabilité du taux de réponse allant de 25,9% pour Alosaimi et al. (33) à 90% pour Robert et al. (30) peut également être évoquée comme limite pour la comparaison entre les différentes études.

Par ailleurs, si certaines études ont plus spécifiquement étudié les internes de spécialité comme Hoonpongsimanont et al. (26) qui ont choisi les internes en médecine d'urgence ou Sargent et al. (39) qui ont choisi de cibler les internes de chirurgie orthopédique, leurs résultats restent difficilement généralisables, notamment au vu des contraintes particulières liées à ces spécificités qui sont susceptibles de majorer ou diminuer le stress perçu et donc la façon de gérer celui-ci.

L'analyse de ces études met également en évidence la présence de nombreux biais dont les plus fréquemment cités sont les biais de sélection et d'information (22, 25, 29) qui peuvent être étendus à chacune des études au vu du caractère rétrospectif et auto-déclaratif des mesures réalisées. De même, les détails d'inclusion ou d'exclusion des questionnaires incomplets, la variabilité du taux de réponse et l'importance de la non-participation des internes aux différentes études ne sont abordés que par quelques auteurs (31,36).

Par ailleurs, les études étant pour la plupart transversales, un lien de causalité entre stress, stratégies de coping et alcool pour faire face ne peut être démontré.

Il est toutefois intéressant de noter qu'un effet genre est mis en évidence par plusieurs études : Cohen et al. (37) rapportent que le stress perçu est plus élevé chez les internes féminines (40%) que chez les internes masculins (27% $p < 0.02$), de même Gunasingam et al. (25) retrouvent des scores de burnout plus élevés chez les filles. Seule une (28) a permis de

considérer l'absence d'influence de la variable sexe sur les liens entre stress et consommation d'alcool. Cette étude, qui n'investiguait cependant pas le rôle de coping de la consommation d'alcool mais les liens entre celle-ci et le stress, est cependant désormais ancienne et ses résultats n'ont été reproduits par aucune autre étude plus récente. On peut donc se demander si l'utilisation de l'alcool pour faire face au stress est également liée au genre, ce qui n'est pas exploré dans ces différentes études.

Enfin, le faible nombre d'études ne permet pas de déterminer si les influences culturelles ainsi que l'organisation des études spécifiques à chaque pays est à l'origine de différences significatives ne permettant pas de généraliser les résultats.

Conclusion

L'utilisation de l'alcool comme stratégie de coping chez les internes est retrouvée dans plusieurs études même s'il apparaît que ce n'est pas la stratégie la plus utilisée pour faire face au stress. Ainsi au vu des effets nocifs de l'alcool sur la santé des étudiants, de futures recherches sur la relation entre le stress et l'alcool comme coping mériteraient d'être réalisées afin d'identifier les modes de prévention susceptibles de s'avérer efficaces.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude portant exclusivement sur la consommation d'alcool comme stratégie de faire face chez les internes en médecine Français.

Cette lacune doit être rapidement comblée afin d'identifier l'existence de ce problème et d'en évaluer l'importance et les conséquences possibles. Dans ce contexte, l'étude Intern'life a été initiée par l'université Paris Descartes puis étendue à la faculté de Bordeaux, avec pour objectif d'évaluer le bien-être des internes à travers la mesure de différentes variables (empathie, burnout, stress perçu, consommation de substances addictives, troubles des conduites alimentaires, dépression).

Références bibliographiques

1. Conger J. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. Quarterly Journal Of Studies On Alcohol (serial on the Internet). 1956 (cited March 18, 2016) ; 17:296-305. Available from : PsycINFO.

2. Cooper ML, Russel M , Skinner JB et al. Stress and alcohol use : Moderating effects of Gender, Coping, and Alcohol Expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992 ; 101(1) 139-152.
3. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer;1984.
4. Camart N, Gérard C, Varescon I, et al. Stress et coping chez des patients alcoolo-dépendants consultants. *Journal de thérapie cognitive et comportementale*. 2008; 18 (3) :119-123.
5. Monfort E, Trehel G. classification de styles de coping dans une population d'anciens combattants âgés. *Annales médico-psychologiques*. 2012 ; 170 :636-641.
6. Courtois R, Réveillère C, Paüs A et al. Lien entre stressseurs, santé psychique et premières consommations d'alcool et de tabac à la préadolescence. *L'Encéphale*. 2007 ; 33 :300-9.
7. Kuntsche EN, Knibbe R, Gmel G et al. Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review* 2005. 25(7), 841–861.
8. Aurora P, Klanecky AK .Drinking motives mediate emotion regulation difficulties and problem drinking in college students. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2016 ;23 : 1-10.
9. Coulon A. *Le métier d'étudiant*. Paris :PUF ; 1997.
10. Bonnaud-Antignac A, Tessier P, Quere M et al. Stress qualité de vie et santé des étudiants Suivi de cohorte en première année commune d'étude en santé (PACES). *Journal de thérapie cognitive et comportementale*. 2015 ; 25 : 58-65.
11. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales médico-psychologiques*. 2005 ; 163, 561-567.
12. Réveillère C , Nandrino JL, Saily F et al. . Etude des tracas quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue. *Ann Méd Psychol*. 2001 ; 159 : 460-5.
13. Boujut E, Bruchon-Schweitzer M, Dombrowski, S. Coping among students: development and validation of an exploratory measure. *Psychology*, 2002 ; 3(8), 562-568.
14. Al-Dabal BK, Koura MR, Rasheed P, Al-Sowielem L, Makki SM. A Comparative Study of Perceived Stress among Female Medical and NonMedical University Students in Dammam, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2010;10(2): 231-240.
15. Bruchon-Schweitzer M, Cousson F, Quintard B et al. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC Ways of Coping Checklist. *Psychologie Française*. 1996 ; 41(2), 155-164.
16. Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B et al. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC. *Psychol fr*. 1996 ; 41(2):155-64.
17. Endler NS, Parker JDA. *Coping Inventory for Stressfull Situations (CISS)*. Manual. Toronto : Mutli-Health Systems Inc ; 1990.
18. Carver CS, Scheier MF, Weitraub JK. Assessing coping strategies : a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989 ;56(2) :267-283.
19. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education*. 2001;35:12-17.

20. Abdulghani HM, Al-harbi MM ,Irshad M. Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015;11 3023–302.
21. Sun GR , Saloojee H, Rensburg MJ et al. Stress during internship at three Johannesburg hospitals. *SAMJ*. 2008;1: 33-35.
22. Damestoy N, Brouillette L, Pouli De Courval L. Stress and residents' Lifestyle Survey of family medicine residents at McGill University. *Can Fam Physician* 1993;39:1576-1580.
23. Givens JL, Tjia J . Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Academic medicine*. 2002; 77(9): 918-921.
24. Law JK. Starting a family in medical school. *JAMA*. 1997; 277:767.
25. Gunasingam N, Burns K, Edwards J et al. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgrad Med J*. 2015; 91:182–187.
26. Hoonpongsimanont W, Murphy M, Kim CH et al. Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. *Occupational Medicine*. 2014; 64:45–48.
27. Rudner HL. Stress in Family Practice Residents. *CanFam Physician*. 1986; 32:319-323.
28. Young EH. Relationship of residents' emotional problems, coping behaviors, and gender. *Journal of medical education*. 1987; 62:642-650.
29. Barbarin B, Gronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exercer* 2012 ;23(101):72-8.
30. Robert J, Garceran N. Évaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre Des pistes pour améliorer la formation. *Exercer*. 2010; 21(90):10-4.
31. Lebensohn P, Dodds S, Benn R et al. Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression, and Burnout. *Fam Med* 2013; 45(8):541-9.
32. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC medical education*. 2005 ; 5:21.
33. Alosaimi FD, Almufleh A, Kazim S et al. Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: A cross-sectional national study. *Pak J Med Sci* 2015; 31(3):504-509.
34. AMA. AMA Survey Report on Junior Doctor Health and Wellbeing. 2008.
35. Hurst C, Kahan D, Ruetalo M et al. A year in transition: a qualitative study examining the trajectory of first year residents' well-being. *BMC medical educations*. 2013; 13:96.
36. Chandramouleeswaran S, Edwin NC and Braganza D. Job stress, Satisfaction, and Coping Strategies Among Medical Internes in a south Indian Tertiary Hospiutal. *Indian J Psychol Med*. 2014; 36(3):308-311.
37. Cohen JS, Leung Y, Fahey M et al. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC research notes*. 2008; 1:105.
38. Tyssen R, Valgum P, Aasland OG et al. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addictions*. 2008; 93(9)1341-1349.
39. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO et al. Stress and Coping among Orthopaedic Residents and faculty. *J Bone surg Am*. 2004; 86:1579-1586.

IV Etude des liens entre stress, stratégies de coping et consommation d'alcool selon le genre chez les internes de médecine générales: une étude prospective sur 18 mois

Nous avons réalisé une étude prospective sur 18 mois sous un format article soumis à la revue Alcoologie et Addictologie.

Etude des liens entre stress, stratégies de coping et consommation d'alcool selon le genre chez les internes en médecine générale: une étude prospective sur 18 mois.

Auteurs :

Fédora Poissant*, Philippe Castéra**, Greg Décamps***

Affiliations :

*médecin généraliste remplaçant - Université de Bordeaux

**Professeur associé, Département Médecine générale - Université de Bordeaux

***Maître de conférences en Psychologie – Université de Bordeaux

Contributions des auteurs :

Chacun des auteurs a contribué à la rédaction ou à la révision du manuscrit.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs déclarent l'absence de conflit d'intérêt.

Auteur correspondant :

Fédora Poissant

5, rue Bourguès - 33400 Talence

Tél : (+33) 688 22 01 16

Email : fedora.poissant@gmail.com

Résumé :

Plusieurs études soulignent l'importance du stress et des consommations d'alcool chez les étudiants en médecine, notamment chez les femmes. Ces études ne précisent pas pour autant si ces alcoolisations ont une véritable fonction de faire face au stress chez ces internes.

Une étude prospective sur 18 mois a été réalisée afin préciser la nature des liens entre genre, consommations d'alcool, stress perçu et stratégies de coping chez les internes en médecine. 185 internes ont été suivis pendant six mois afin d'évaluer à 4 reprises leurs consommations d'alcool à l'aide du DETA, le stress à l'aide du PSS-4, et les stratégies de coping à l'aide de la WCC.

Si les résultats montrent que les différentes mesures du DETA sont positivement corrélées, attestant ainsi de sa capacité à détecter les consommations à risques, celles-ci ne sont pas liées au stress ou aux stratégies de coping. Les femmes seraient moins nombreuses à avoir des consommations à risque et auraient, au fil du temps, plus fréquemment recours que les hommes à certaines stratégies de coping.

Ces données permettent cependant de formuler des hypothèses exploratoires concernant la fonction de faire face au stress des alcoolisations, et de faire des préconisations relatives aux méthodes d'évaluation des consommations d'alcool chez les internes, ainsi qu'aux interventions susceptibles de réduire les consommations à risques.

Mots Clés : internat et résidence-stress- alcool-adaptation psychologique.

Introduction

Le stress en contexte professionnel et ses conséquences, de part les lourdes répercussions économiques qu'il engendre sur la société actuelle, représente un enjeu majeur de santé publique (1). Selon une étude européenne de 2001 sur les conditions de travail (2) la deuxième cause de problèmes de santé liés au travail serait le stress (derrière les douleurs dorsolombaires): 28% des salariés en seraient affectés. Parmi les catégories les plus touchées, le personnel soignant fait l'objet d'attentions particulières. On retrouve en effet de plus en plus de conclusions alarmantes sur l'état de stress dans cette population. Notamment, le rapport de l'InVS de 2010 (3) montre que les taux de suicide sont les plus élevés dans les secteurs de la santé et du social. Ces résultats peuvent être mis en lien avec une étude réalisée par Cathébras et al.(4) qui souligne que 26% des médecins généralistes ont un score d'épuisement émotionnel élevé - une des composantes du burnout - traduisant un stress prolongé dans cette même population. Parallèlement, des études comme celle de

l'IRDES 2008 (5) mettent en évidence une consommation d'alcool plus importante dans ces mêmes catégories socio professionnelles. Il est noté que les femmes ayant un statut de cadre et assimilé ont une consommation d'alcool excessive plus fréquente que les autres catégories socio-professionnelles.

D'autres populations, comme les étudiants, future population active, ont été explorées. Ils sont aussi touchés par ce fléau, même si les causes et conséquences diffèrent. En effet l'entrée à l'université est une source importante de stress pour les étudiants (6), pouvant motiver l'utilisation de différentes stratégies d'adaptation dont certaines dysfonctionnelles, comme la consommation d'alcool (7). Parmi ces études portant sur les stratégies de faire face au stress chez les étudiants, certaines ont pu faire émerger des facteurs influençant l'utilisation d'un mécanisme de coping plutôt qu'un autre. Par ailleurs une étude d'Idier et al. 2011 (8) a mis en évidence que la fréquence et l'attirance pour l'alcool, chez les étudiants, étaient liées au genre, les hommes étant plus consommateurs. De même une revue de la littérature de 2006 (9) rapporte que les garçons consomment plus d'alcool que les filles, pour des raisons sociales et pour se mettre en avant. Cette revue met également en évidence l'influence de l'âge : les étudiants hommes (à partir de 23 ans) utilisent plus l'alcool comme stratégie de coping que les filles, ce qui n'est pas retrouvé dans les tranches d'âge inférieures. Des études de grande ampleur abordent également, pour partie, la santé des étudiants, comme le baromètre de santé 2014 (10). Les conclusions de cette enquête, bien que montrant une stabilité des fréquences de consommation en population générale, révèle également une forte augmentation des ivresses aiguës et des alcoolisations ponctuelles importantes chez les étudiantes.

Parmi cette population étudiante, certains auteurs ont choisi de cibler plus précisément les internes de médecine comme Gunasingam et al. (11) qui, dans une étude sur le burnout des internes en médecine, retrouvait que les internes femmes présentaient des scores de burnout plus élevés que les internes hommes. Les internes de médecine ont effectivement fait l'objet de nombreux travaux car l'internat est une période charnière au cours de laquelle l'étudiant doit acquérir une autonomie suffisante pour prendre en charge ses patients seul, ce qui peut représenter une source de stress importante (12,13). Ils sont alors encore des étudiants, soumis au stress engendré par cette fonction mais ils doivent également acquérir des compétences professionnelles elles-mêmes stressantes (14). Ce passage des

connaissances théoriques à la mise en pratique en situation réelle et à l'acquisition de compétence professionnelle peut être à l'origine d'un stress supplémentaire.

Plusieurs études rapportant une consommation d'alcool par les internes pour gérer le stress, suggèrent également que le genre aurait une influence sur l'utilisation de l'alcool comme stratégie de coping. Par exemple, Cohen et al. 2005 (15) retrouvent que les internes femmes rapportent plus de stress perçu que les internes hommes. Leurs résultats font également état que 16 % des internes de leur échantillon utilisent l'alcool pour faire face au stress, mais aucune comparaison entre les deux sexes n'a été effectuée. Une étude réalisée par Alosaimi et al. 2015 (16) indique que l'abus de substances addictives pour gérer le stress, dont l'alcool, serait plus fréquent chez les internes masculins que féminins. Ces résultats sont peu détaillés dans l'étude en question et ne reposent que sur un recueil de données transversal qui ne permet pas de préciser la nature des liens entre stratégies de coping et consommation d'alcool dans une perspective longitudinale.

Au vu des données publiées, il est donc difficile de statuer sur l'existence de différences entre les hommes et les femmes internes de médecine quant à leur recours aux consommations d'alcool pour faire face au stress.

Cette étude aura donc pour objectifs de (1) préciser la nature des liens entre stress, stratégies de coping et consommation d'alcool chez les internes en médecine et ce dans une perspective longitudinale et (2) de tester l'existence de différences entre les internes hommes et femmes vis-à-vis de la sévérité des consommations, du stress et des stratégies de coping utilisées.

Matériel et méthode

Population

204 internes en médecine générale (134 femmes et 70 hommes) ayant débuté leur internat en novembre 2013 ont pris part à l'étude. L'âge moyen des participants en début de l'étude était de 24,77 ans pour les femmes et 25,14 ans pour les hommes (écart type =1,24). Ceux-ci étaient recrutés dans le cadre d'une étude de suivi de cohorte d'Internes en médecine : l'étude Intern'Life. Afin d'être intégrés à la cohorte, les internes se voyaient remettre un formulaire de consentement éclairé leur présentant les objectifs de l'étude et les aspects éthiques (questionnaires anonymes) de celle-ci. A l'issue de cette étape plusieurs

questionnaires leurs étaient envoyés à des temps distincts. Les internes n'ayant pas donné leur consentement ainsi que ceux ayant remis des questionnaires incomplets ont été exclus de l'échantillon.

Procédure

Intern'life est une étude prospective débutée en 2012 par l'université Paris Descartes ayant pour objectif, dans le cadre du modèle intégratif de la santé, de prédire différents facteurs : burnout, symptomatologie dépressive, stress perçu, stratégies de coping, empathie, addictions et troubles du comportement alimentaire. L'étude s'est étendue à la faculté de médecine de Bordeaux, en 2013, afin d'augmenter sa puissance.

Ce projet a reçu les avis favorables du Comité de Protection des Personnes CPP (n° 00001072) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés CNIL (n° d'enregistrement 1659802).

Dans ce cadre 5 internes en médecine générale Aquitains se sont mobilisés avec l'aide du Département de médecine générale et du laboratoire de psychologie pour informer et faire participer leurs collègues ayant débuté leur internat en Novembre 2013.

Le recueil des données a eu lieu tous les 6 mois de novembre 2013 à mars 2014.

Après une présentation de l'étude aux internes lors des choix de stage, le lien pour les questionnaires en ligne leur était remis. Les internes avaient un délai de 6 semaines pour remplir le questionnaire après la date de mise en ligne. Le protocole comportait une première partie rassemblant les données sociodémographiques ainsi que les conditions de travail et une seconde partie questionnant différents critères de bien-être des internes (burnout, addictions, stress perçu, les troubles du comportement alimentaire, stratégies de coping utilisées, empathie). Les données ont été recueillies sur une période de 18 mois et correspondent à des mesures réalisées un mois avant la fin de chacun des trois premiers stages de l'Internat.

Outils

L'évaluation de la consommation d'alcool a été réalisée à l'aide du questionnaire DETA (17), questionnaire correspondant à la version française du CAGE (18,19) qui contient 4 questions avec possibilité de réponse oui ou non. La présence de plus de deux réponses positives évoque une consommation d'alcool problématique. Ainsi, sur la base de ce critère, les

participants ont été répartis en deux groupes : un groupe à faible risque ou à consommation non problématique (0 ou 1 réponse positive) et un groupe à fort risque ou à consommation problématique (2 réponses positives et plus).

Les stratégies de coping ont été évaluées à l'aide du questionnaire WCC (Ways of Coping Checklist) (20, 21), qui propose de distinguer les stratégies centrées sur le problème (WCC CP), les stratégies centrées sur l'émotion (WCC CE) et les stratégies de recherche de soutien social (WCC RS) et permet d'obtenir trois scores indiquant la fréquence à laquelle l'individu a recours à chacune des stratégies.

Enfin le stress perçu a été évalué à l'aide du PSS4, version abrégée de l'échelle PSS-14 (22,23). Ce questionnaire permet l'obtention d'un score traduisant la tendance de l'individu à percevoir son environnement comme menaçant et non contrôlable.

Analyses statistiques

L'étude de la normalité des distributions de chacune des variables étudiées a préalablement été testée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Toutes les variables dont la distribution ne suivait pas la loi normale ont ensuite fait l'objet d'analyses basées sur des tests non paramétriques. L'étude des liens entre les scores obtenus au DETA, à la WCC et à la PSS4 a été réalisée grâce au calcul de coefficients de corrélation de type Rho de Spearman. L'étude de la répartition des hommes et des femmes dans les différents groupes obtenus à l'aide du score au DETA a été réalisé avec les test de χ^2 ou Fisher. Enfin, les différences entre hommes et femmes pour les scores au DETA, WCC et PSS4 ont été testées à l'aide du test U de Mann-Whitney.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée.

Au total, 185 internes ont répondu aux questionnaires à T0 dont 129 femmes (70%) et 56 hommes (30%). 87 internes ont pris part au recueil de données réalisé à T1, 58 à T2 et 40 à T3. Compte tenu des différences d'effectif aux différents temps et parfois lors d'un même temps de mesure (du fait de réponses manquantes à certains questionnaires), chacune des analyses statistiques présentées indiquera l'effectif sur lequel le résultat aura été obtenu.

Les résultats du test de Mann réalisé sur l'âge et le sexe des participants indiquaient qu'il n'existait pas de différences significatives au niveau de l'âge entre les deux sexes ($p = 0,59$).

Etude des liens entre consommation d'alcool, stress et stratégies de coping.

Le tableau 1 présente les corrélations entre les scores obtenus au DETA, à la PSS et à la WCC lors des quatre temps de mesure.

Tableau 1 : Coefficients de corrélation entre les scores au DETA, à la PSS et la WCC.

	DETA T1	DETA T2	DETA T3	PSS T0	PSS T1	PSS T2	PSS T3	WCC CP T1	WCC CP T2	WCC CP T3	WCC CE T1	WCC CE T2	WCC CE T3	WCC RSS T1	WCC RSS T2	WCC RSS T3
DETA T0	,458** 79	,645*** 52	,603*** 30	,057 158	-,021 83	-,115 52	,420** 32	,000 83	-,044 56	,050 35	,016 83	,006 56	-,014 35	,042 83	-,002 56	,051 35
DETA T1		,533*** 44	,472* 28	-,016 80	-,017 87	,027 45	,171 29	,071 86	-,025 46	,090 31	-,034 86	-,214 46	-,038 31	-,028 86	-,067 46	,128 31
DETA T2			,680*** 25	,140 53	,051 45	-,143 58	,173 28	-,029 43	,033 57	,099 28	,007 43	-,097 57	,056 28	-,037 43	-,091 57	-,047 28
DETA T3				,259 31	,452* 28	-,178 26	,172 40	-,080 28	-,103 25	,000 39	-,247 28	-,127 25	,081 39	-,240 28	-,044 25	-,045 39
PSS T0					,208 84	-,017 53	,500*** 33	-,022 84	,093 57	,280 36	,085 84	,203 57	,325 36	,069 84	,094 57	,242 36
PSS T1						,236 45	,263 30	,099 90	-,100 47	-,122 32	,108 90	-,100 47	-,205 32	,079 90	,038 47	-,127 32
PSS T2							,390* 28	,164 44	,175 59	,202 28	,242 44	,340*** 59	-,148 28	,189 44	,430*** 59	,080 28
PSS T3								,182 30	,415* 27	,348* 43	-,009 30	,223 27	,250 43	,201 30	,296 27	,400*** 43
WCC CP T1									,289 45	,261 32	,132 93	,216 45	,124 32	,446*** 93	,221 45	,129 32
WCC CP T2										,586*** 28	-,037 45	,168 65	,168 28	,312* 45	,584*** 65	,477* 28
WCC CP T3											,098 32	,254 28	,458*** 46	,277 32	,566*** 28	,679*** 46
WCC CE T1												,430*** 45	,142 32	,403*** 93	,098 45	,070 32
WCC CE T2													,301 28	,328* 45	,377*** 65	,151 28
WCC CE T3														,181 32	,358 28	,605*** 46
WCC RSS T1															,362* 45	,248 32
WCC RSS T2																,383* 28

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Note de lecture : l'effectif sur la base duquel la corrélation a été calculée est indiquée sous chaque coefficient.

Les résultats indiquent que les scores obtenus au DETA aux différents temps de mesure sont corrélés de façon positive (à l'exception du score obtenu à T1, non corrélé avec les trois autres). En revanche, aucun lien n'est obtenu entre les scores au DETA et ceux à la PSS ou la

WCC. Plusieurs corrélations sont observées entre les scores obtenus aux différentes stratégies de coping à T0, T1, T2 et T3. Ces stratégies ne sont pas corrélées aux scores de stress perçu.

Etude de la répartition des hommes et des femmes selon la sévérité de la consommation d'alcool.

Les tableaux 2, 3 et 4 présentent, pour chaque temps de mesure, les effectifs (et pourcentages) d'hommes et de femmes dans les deux groupes obtenus à l'aide du score au DETA : consommation à faible risque et consommation à fort risque.

Tableau 2 : Effectifs (et pourcentages) d'hommes et de femmes ayant une consommation à faible risque et une consommation à fort risque à T1 et résultat du test de Chi² (n=88)

	Hommes n=24 (%)	Femmes n=64 (%)	Chi ²
DETA faible risque	12 (50%)	50 (78%)	6,63, p=0,01
DETA fort risque	12 (50%)	14 (22%)	

Tableau 3 : Effectifs (et pourcentages) d'hommes et de femmes ayant une consommation à faible risque et une consommation à fort risque à T2 et résultat du test de Chi² (n= 61)

	Hommes n=16 (%)	Femmes n=64 (%)	Chi ²
DETA faible risque	10 (62%)	36 (80%)	1,94 p=0,16
DETA fort risque	6 (38%)	94 (20%)	

Tableau 4 : Effectifs (et pourcentages) d'hommes et de femmes ayant une consommation à faible risque et une consommation à fort risque à T3 et résultat du test de Fisher utilisé devant le faible effectif (N= 41)

	Hommes n=9 (%)	Femmes n=32 (%)	Fisher
DETA faible risque	5 (55%)	25 (78%)	OR=0,36 IC 95%[0.05 ; 2.32] p=0,217
DETA fort risque	4 (45%)	7 (22%)	

L'étude des résultats obtenus aux différents tests de Chi² et Fisher indique que seuls les effectifs à T1 donnent lieu à des répartitions significativement différentes entre les hommes et les femmes (p=0,01). Ces différences ne sont pas significatives à T2 et T3.

Comparaison des scores de consommation d'alcool, de stress et des stratégies de coping entre les hommes et les femmes

Le tableau 5 présente, pour chaque temps de mesure, les rangs moyens obtenus par les hommes et les femmes au DETA, à la PSS et à la WCC.

Tableau 5 : Rangs moyens des hommes et des femmes aux questionnaires DETA, PSS et WCC à T1, T2 et T3.

	Hommes rang rang moyen	Femmes rang rang moyen	Signif. U
DETA T1	53,29 (24)	41,20 (64)	0,028632
DETA T2	35,37 (16)	29,44 (45)	0,190920
DETA T3	26,88 (9)	19,34 (32)	0,042446
PSS T 0	86,76 (45)	78,04 (115)	0,272130
PSS T1	50,25 (24)	45,17 (68)	0,404508
PSS T2	27,23 (15)	32,22 (46)	0,325351
PSS T3	22,68 (11)	22,43 (33)	0,954082
WCC CP T1	47,81 (24)	46,71 (69)	0,863575
WCC CP T2	35,36 (15)	32,29 (50)	0,579077
WCC CP T3	15,05 (10)	25,84 (36)	0,024278
WCC CE T1	39,47 (24)	49,61 (69)	0,112246
WCC CE T2	30,8 (15)	33,66 (50)	0,606578
WCC CE T3	18,1 (10)	25 (36)	0,149490

WCC RSS T1	39,72 (24)	49,52 (69)	0,123823
WCC RSS T2	30,83 (15)	33,65 (50)	0,611654
WCC RSS T3	17,15 (10)	25,26 (36)	0,089885

Note : les valeurs indiquées entre parenthèses correspondent à l'effectif de chaque groupe à chaque temps de mesure.

Les résultats du test U de Mann-Whitney indiquent que les hommes obtiennent des scores significativement plus élevés que ceux des femmes au DETA à T1 ($p=0,02$) ainsi qu'à T3 ($p=0,04$). Les femmes obtiennent quant à elles des scores significativement plus élevés que les hommes pour les stratégies de coping centrées sur le problème ($p=0,02$) et les stratégies de recherche de soutien social ($p=0,08$) à T3. Aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes pour les scores de stress.

Discussion

Cette étude a permis de mettre en évidence un lien entre le score DETA à T0 et les scores DETA aux autres temps de l'étude, attestant du fait que le score permet, dès les mesures initiales, de détecter précocement des consommations à risques sur une période de 18 mois au cours de l'internat. L'utilisation de ce score pourrait alors permettre d'identifier les internes ayant une consommation problématique dès le début de leur prise de fonction et ainsi proposer des interventions appropriées visant à réduire les risques de chronicisation des alcoolisations.

En revanche, aucune corrélation n'a été obtenue entre les consommations d'alcool et les scores de stress ni de coping. Si dans un premier temps ce constat pourrait amener à remettre en question l'hypothèse selon laquelle les consommations d'alcool auraient une fonction de coping chez les internes, il convient néanmoins de nuancer une telle conclusion, notamment au vu des données issues de la littérature scientifique. En effet, ces résultats vont à l'encontre de plusieurs études, comme notamment celles de Cohen et al. (25) ou de Damestoy et al. (26) qui avaient montré que les internes utilisaient l'alcool pour gérer leur stress. Le manque de congruence des données de la présente étude avec celles préalablement publiées pourrait alors s'expliquer par les méthodes de mesure des consommations d'alcool. Si les études précitées ont, pour la plupart eu recours à des

questions comme « Quand vous êtes inquiet, nerveux, tendus est ce que vous buvez de l'alcool pour vous aider à gérer les choses ? » (26) permettant d'évaluer directement la consommation en tant que recours face au stress, l'outil de mesure des consommations intégré à la cohorte Inter'Life, le DETA, semble, quant à lui, manquer de sensibilité afin de discriminer les individus de l'échantillon inclus. En effet le DETA est un test utilisé afin de dépister les consommateurs à risque : il permet de définir un groupe à risque en fonction du nombre de réponses positives. Selon l'HAS « une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool » (27). C'est un outil de dépistage basé sur des critères de dépendance ce qui ne permet pas de quantifier la consommation d'alcool contrairement au questionnaire AUDIT. En effet, comme le montre le baromètre de santé 2014(10), les quantités et les fréquences de consommation d'alcool varient entre les étudiants et les étudiantes, mais il n'existe pas de données concernant des consommations problématiques ou concernant uniquement les dépendances de chaque groupe. De plus, les critères DSM-V, représentant la référence pour dépister les troubles d'usage de l'alcool, ne se basent pas uniquement sur les critères de dépendance mais prennent aussi en compte des critères d'abus permettant de regrouper les troubles de l'usage en une seule entité. Nous passons ainsi d'une définition catégorielle, abus ou dépendance, à une définition dimensionnelle, trouble d'usage plus ou moins sévère. Ainsi de futures études basées sur l'utilisation d'outils comme le questionnaire AUDIT ou les critères du DSMV devraient permettre de gagner en sensibilité et faciliter ainsi la mise en évidence d'éventuels liens entre genre, consommation d'alcool et stratégies de coping.

Ce manque de sensibilité du DETA, auquel vient se rajouter le nombre réduit de participants lors de certaines mesures permettrait alors d'expliquer l'absence de mise en évidence de liens entre consommation d'alcool et stratégies de coping.

Ce manque de puissance statistique dû à la faiblesse des effectifs permet vraisemblablement d'expliquer les résultats obtenus aux différents tests de χ^2 : si les données obtenues à T1 tendent à indiquer que les femmes seraient moins nombreuses que les hommes à avoir des consommations problématiques, les résultats obtenus à T2 et T3 laissent envisager des tendances similaires. La confirmation de cette différence serait donc à confirmer sur un échantillon plus important.

Enfin, les différences observées entre les hommes et les femmes concernant le recours aux stratégies de coping à T3 suggèrent une évolution des stratégies des deux groupes au cours de l'étude. L'absence de liens entre ces stratégies d'une part et, d'autre part, le stress et les consommations d'alcool d'autre part rend cependant l'interprétation de ce résultat délicat, notamment au vu des limites inhérentes à l'étude.

En effet, les analyses effectuées ne permettent pas de conclure quant à un effet causal de certains scores sur d'autres : le faible nombre de corrélations ne permettait pas de tester des modèles d'analyse de régression multiple afin de déterminer la valeur prédictive des données recueillies en début d'étude sur les scores obtenus aux temps de mesure suivants. Par ailleurs, il convient de souligner la difficulté méthodologique inhérente à la mise à l'épreuve de l'hypothèse selon laquelle les consommations d'alcool seraient à considérer comme une stratégie de coping à part entière. En effet, quand bien même des corrélations ou effets de prédiction seraient établis à l'aide d'analyse de régression, de tels résultats ne permettrait pas pour autant de conclure pleinement que les internes ont délibérément eu recours à l'alcool dans le but de faire face au stress. De futures études basées sur des données qualitatives, comme notamment l'analyse du discours des participants recueilli au cours d'entretiens cliniques de recherche, pourraient constituer une alternative méthodologique afin de confirmer cette hypothèse.

Si la portée des résultats de cette étude reste, à ce stade, limitée, ceux-ci permettent néanmoins, au vu des perspectives méthodologiques proposées, de considérer plus précisément les retombées cliniques de ce protocole de recherche. En effet, la détection précoce des consommations à risques rend possible un meilleur suivi des comportements de santé des internes et la mise en place de moyens de prévention. Dans ce domaine, des campagnes de prévention par les spots publicitaires ont déjà pu démontrer l'efficacité d'interventions comme la célèbre campagne de prévention « Tu t'es vu quand t'as bu »(29) . D'autres moyens de prévention mis en place ont montré plus récemment leur efficacité comme l'utilisation d'un feedback personnalisé concernant les consommations d'alcool afin que la personne compare son mode de consommation à celle d'autres personnes de son âge (30).

Enfin, il convient également de souligner, en conclusion, le caractère bénéfique d'un tel suivi de cohorte. Plusieurs études réalisées auprès d'autres populations estudiantines ont d'ores

et déjà pu démontrer le fait que l'inclusion des étudiants, dès le début de l'année, dans des protocoles de suivi réalisés par questionnaire à plusieurs reprises, réduisait le stress et les risques de santé, tout en augmentant les performances académiques et les chances de réussite universitaire (31). De même, plusieurs thèses soutenues à partir de données recueillies dans le cadre du protocole Intern'Life attestent de d'un niveau de stress élevé en comparaison à la population générale (31), avec une prévalence de burnout modérée 24,5% (32), mais avec un maintien d'empathie élevée au cours du temps (33). Ainsi, il est possible de faire l'hypothèse selon laquelle la réalisation de l'étude Intern'Life puisse avoir eu un effet bénéfique sur les comportements de santé des internes et, à défaut d'empêcher les consommations d'alcool à risques, aura probablement aidé ces derniers à concilier le stress de leur pratique professionnelle et académique avec la mise en place de comportements sains.

Bibliographie

- (1) Légeron P. Le stress au travail un enjeu de santé. Odile Jacob: Paris 2015.
- (2) Paoli P, Merllie D. Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000. Dublin : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. 2001 ;p.71.
- (3) Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France: premières exploitations de données disponibles. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, avril 2010. 8 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
- (4) Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Med. 2004; 33 :1569-74.
- (5) Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Question d'économie de la santé. 2008 ;n°129.
- (6) Grebot T, Barumandzadeh E. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. Annales Médico-Psychologiques. 2005; 163:561-567.
- (7) Lassarre D, Giron C et Paty B. Stress des étudiants et réussite universitaire : les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. L'orientation scolaire et professionnelle. 2003 ; 32(4) :669-691.
- (8) Idier L, Décamps G, Rasclé N et al. Etude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité de conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes. Annales Médico-Psychologiques. 2011 ; 169 : 517-522.
- (9) Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G et al. , (2006). Why drinks and why ? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. Addictive behaviors. 2006 ; 31, 1884-1857.

- (10) Richard JB, Pale C, Guignard R, N'GuyenThanh V, Beck F, Ardvison P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions* Avril 2015 ;32.
- (11) Gunasingam N, Burns K, Edwards J et al. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgrad Med J.* 2015; 91:182–187.
- (12) Aktekin M, Karaman T, Senol YY, et al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education.* 2001; 35:12-17.
- (13) Abdulghani HM , Al-harbi MM, Irshad M. Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2015 ;11 :3023–3029.
- (14) Givens JL, Tjia J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Academic medicine.* 2002; 77(9):918-921.
- (15) Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC medical education.* 2005 5 : 21.
- (16) Alosaimi FD, Almufleh A, Kazim S et al. Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: A cross-sectional national study. *Pak J Med Sci.* 2015; 31(3) : 504-509.
- (17) Rueff B, Crnac J, Darne B. Dépistage de malades "alcooliques" par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. *Presse Médicale.* 1989 ; 18(33): 1654-6.
- (18) Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA.* 1984;252:1905–7
- (19) Mayfield D, McLeod G, Hall P. The cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974; 131:1121–3.
- (20) Vitaliano P, Russo, J, Carr J, Maiuro R et al . The ways of Coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research .*1985; 20:3-26.
- (21) Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, et al. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la W. C. C (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française* 1996 ;41(2) :155-164.
- (22) Cohen S, Kamarck K, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1983 ;24:385-396.
- (23) Warttig SL, Forshaw MJ, South J et al. New, normative, English sample data for the Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4). *J Health Psychol.* 2013 ; 18(2):1617-28.
- (24) Cohen JS, Leung Y, Fahey M et al. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC research notes.* 2008 ; 1 : 105.
- (25) Damestoy N, Brouillette L, Pouli De Courval L. Stress and residents' Lifestyle Survey of family medicine residents at McGill University. *Can Fam Physician* 1993;39:1576-1580.
- (26) Tyssen R, Valgum P, Aasland OG et al . Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addictions.* 2008 ; 93(9) 1341-1349.
- (27) HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'EPS – Dépistage du

tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Janvier 2015.

- (28) INPES Campagnes de lutte contre la consommation excessive d'alcool CFES/Inpes – Récapitulatif. [Internet] [cited 2016 september 29] Available from : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/pdf/campagnes-alcool-v2.pdf>.
- (29) NICE-ScHARR. Interventions on Control of Alcohol Price, Promotion and Availability for Prevention of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; Sheffield: School of Health And Related Research; 2010.
- (30) Lassare D, Giron C, Paty B. [Stress des étudiants et réussite universitaire : les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès.. L'orientation scolaire et professionnelle](#). 2003 ; 32 (4):666-691.
- (31) Bardou J, Paultre U. Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015.
- (32) Belaube C. Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016.
- (33) Contau G. Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016.

V Conclusion : Limites et perspectives

5.1. La fonction de faire face des alcoolisations

Ce travail de recherche a permis de faire un point sur la littérature existante concernant la consommation d'alcool comme stratégie de coping chez les internes. Il apparaît que plusieurs études rapportent que les internes utilisent l'alcool afin de réduire leur stress mais les méthodologies utilisées ne nous ont pas permis de conclure sur un lien de causalité entre stress, consommation d'alcool et stratégies de coping. De même, si ces études soulignent des liens étroits entre stress et ses conséquences, stratégies de coping et consommation d'alcool chez les internes, les prévalences des consommations d'alcool pour gérer le stress varient sensiblement selon les études, en tenant compte du fait que celles-ci seraient sensiblement différentes selon le genre.

Dans un premier temps, il semble que la réalisation d'études longitudinales intégrant, à chaque temps de mesure, des évaluations des consommations ainsi que du stress et des stratégies de coping, permettrait de préciser la nature des liens entre ces variables et permettrait notamment de tester l'hypothèse du caractère prédictif du stress et du coping sur l'apparition ou l'évolution des consommations d'alcool, ou des consommations d'alcool sur les stratégies de coping.

Cependant, au-delà de la question des liens de corrélation ou de prédiction, il convient de préciser que l'existence de liens de prédiction resterait, dans tous les cas, insuffisant pour statuer de la fonction de coping des consommations d'alcool. Ces éléments soulèvent donc la question de la fonction des alcoolisations.

La confirmation de la fonction de faire face des alcoolisations pourrait alors passer par la mise en place d'études intégrant le recueil de données qualitatives. La réalisation d'entretiens cliniques de recherche auprès de participants préalablement identifiés comme ayant des consommations d'alcool supérieures à la normale pourrait alors permettre d'investiguer, grâce à l'analyse du discours des répondants, si l'alcool, ses représentations et les attentes que le consommateur peut avoir de ses effets, est véritablement considéré comme un moyen de faire face au stress par celui qui en consomme.

5.2. Prévention des risques de santé chez les internes en médecine

Au-delà des conduites d'alcoolisation, une meilleure connaissance des stratégies de coping pourrait permettre de détecter précocement les internes à risque de développer des symptômes anxieux, dépressifs ou un burnout et de mettre en place des moyens de prévention efficaces. En effet, comme le souligne une étude de Koleck et al. (37) chez les médecins généralistes, le recours aux stratégies de coping centrées sur le problème ou la recherche de soutien social est corrélé à la satisfaction professionnelle et l'accomplissement personnel alors qu'un stress perçu élevé est corrélé à l'épuisement professionnel. Les internes étant les médecins de demain on peut donc envisager que la détection précoce des internes qui utiliseraient les stratégies de coping centrées sur l'émotion et consommant de l'alcool afin de les prendre en charge permettrait de diminuer la proportion de médecins généralistes ayant des scores d'épuisement professionnel élevés.

L'utilisation de l'alcool comme moyen de gestion du stress étant donc une réalité, une proposition concrète pourrait reposer sur un meilleur encadrement des internes avec, par exemple des ateliers permettant de faire un bilan sur le stress ressenti au cours des études médicales et les solutions possibles pour y faire face. Ces moments d'échange pourraient permettre de rappeler ce que sont les stratégies de coping, de faire un état des lieux sur celles utilisées par les internes et de les orienter afin de mettre en place ou privilégier celles qui peuvent réduire le stress perçu et qui ont un impact bénéfique sur le bien-être. De tels entretiens ont été testés dans l'étude réalisée par Gunasingam et al. (38) sur le burnout des internes, mais ne montraient pas une amélioration significative des scores de burnout du fait de la petite taille de l'échantillon.

Par ailleurs, les données recueillies dans le cadre du protocole de l'étude Intern'life a déjà permis la soutenance de trois thèses de médecine à l'Université de Bordeaux. La première thèse portant sur le lien entre stress et empathie invalide l'hypothèse selon laquelle le stress est néfaste pour l'empathie dans notre population (39). En effet l'empathie, qui est la capacité d'un individu à s'identifier à autrui et comprendre ce qu'il éprouve, a tendance à diminuer au cours de la formation des étudiants en médecine selon certaines études. Parallèlement on a pu voir qu'il existait un niveau de stress élevé chez les étudiants en médecine. Ces constations pouvaient suggérer l'action négative du stress sur la relation médecin malade et de la capacité des soignants à se mettre à la place des patients. Cependant les résultats de cette thèse rapportent une stabilité du stress perçu-bien que plus

élevé que dans la population générale- et de l'empathie dans le temps qui ne permettait pas de conclure à un lien entre empathie et stress chez ces internes. La deuxième thèse révèle une diminution de l'empathie cognitive entre le début et le milieu de l'internat chez les hommes et une augmentation des scores de dépression chez les femmes, sans retrouver de lien entre l'empathie et la dépression (40). Enfin, une troisième thèse portant sur le burnout rapporte une prévalence de 24,5% dans cette population avec une variation liée aux terrains de stage (41). Ces résultats apportent donc des informations générales sur l'état de santé des internes de l'échantillon, dont la plus inquiétante est la prévalence du score de burnout, renforçant la nécessité de mettre en œuvre de moyens de prévention efficaces.

Des travaux de thèses restent à venir, ils pourraient apporter des informations sur l'évolution de la consommation d'alcool et des stratégies de coping entre le début et la fin de l'internat (intégrant les données T6 correspondant au dernier semestre). Des comparaisons entre les internes parisiens et bordelais sur les différentes variables, dont les consommations d'alcool et les stratégies de coping, peuvent également représenter une piste intéressante, prenant ainsi en compte les éléments liés au cadre de vie.

L'ensemble de ces données permet d'ores et déjà de mieux comprendre et appréhender l'influence de divers facteurs et processus psychologiques dans l'apparition et l'évolution de diverses problématiques de santé physique ou mentale chez les internes en médecine.

5.3. Evaluation, prévention et prise en charge des alcoolisations.

Si ce travail de thèse permet dès à présent d'identifier certains facteurs à partir desquels de futures études mériteront d'être réalisées, il soulève également la question des méthodes à partir desquelles la prévention et la prise en charge des alcoolisations pourront être menées. Ces éléments de prévention et prise en charge devant nécessairement reposer sur une évaluation efficace de ces consommations, le choix des outils d'évaluation des consommations aura une place importante. En effet l'utilisation du DETA ne semble pas suffisante car il ne permet que d'évaluer l'existence d'une consommation à risque. Des outils plus sensibles tels que le questionnaire AUDIT qui permet de quantifier les consommations d'alcool, semble être plus pertinent. De même les critères DSM-V pourraient être utilisés car ils représentent la référence dans le dépistage et suivi de la maladie addictive en dimensionnant le degré de sévérité de l'addiction.

La prévention de la consommation d'alcool en France relève du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 (42). Parmi les nombreux axes développés, on peut par exemple citer la réalisation d'un concours à destination des lycéens visant à concevoir un message de prévention afin d'impliquer directement les jeunes et trouver un slogan efficace. Plus généralement les campagnes de prévention seront établies en fonction des caractéristiques de la cible : informer sur les risques immédiats spécifiques, mettre l'accent sur les motivations à la consommation (notamment l'illusion de socialisation), s'adapter en fonction de l'âge et du niveau scolaire, souligner l'influence de leurs pairs et des industriels du tabac et de l'alcool et s'adapter aux moyens de communications utilisés en privilégiant une information multi support.

Concernant le repérage précoce des consommations d'alcool, qui est un des axes importants de la prévention, tous les professionnels en contact avec les jeunes doivent être sensibilisés. Dans ce but, la création des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) permet aux jeunes de faire un point sur leurs consommations et d'être écoutés et/ou orientés, de manière anonyme et gratuite (43).

Par ailleurs une étude de Bryant et al. 2013 (44) sur l'intérêt d'internet dans la prévention des consommations d'alcool à risque chez les étudiants semble être une piste intéressante. En effet cette étude a mis en évidence que l'envoi personnalisé, 6 semaines après le recueil initial d'informations, entraînait une diminution du nombre de verres consommés par semaine et du nombre de jours d'ivresse aigue. Le mail personnalisé regroupait des données telles que l'alcoolémie moyenne au cours des derniers épisodes de consommation, le nombre de verres moyen par semaine, les conséquences négatives rapportées auparavant grâce aux données recueillies au début de l'inclusion. L'utilisation d'e-mail personnalisés afin de diminuer les consommations d'alcool liés au stress pourrait donc faire l'objet d'une étude chez les internes de médecine afin d'étudier la faisabilité, l'efficacité voire l'efficience, par exemple. Un suivi de cohorte d'internes permettrait, par exemple, un recueil à T0 des données sociobiographiques et de quantifier les consommations d'alcool à l'aide du questionnaire AUDIT. Puis un e-mail informant des résultats du questionnaire AUDIT et prodiguant des informations et conseils personnalisés serait envoyé à chaque interne. Enfin une nouvelle évaluation avec un nouveau questionnaire AUDIT serait proposée aux internes. La comparaison entre les résultats des tests AUDIT avant et après l'envoi de l'e-mail permettrait d'évaluer l'influence de cet e-mail sur les consommations d'alcool.

Pour conclure, au vu de l'intérêt de diffuser ces informations concernant les stratégies de coping et l'utilisation de l'alcool comme moyen de gérer le stress à un plus grand nombre de professionnels de la santé, la rédaction d'un 3^{ème} article reprenant les résultats de la revue de la littérature et les principaux résultats de l'étude est envisagé.

Références bibliographiques

1. Richard JB, Palle C, Guignard R, N'Guyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions*. Avril 2015;32:1-6.
2. Klingemann H. L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée. OMS. 19-21 février 2001; Stockholm.
3. Conger J. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholisme. *Quarterly Journal Of Studies On Alcohol*. [Internet] 1956 [cited March 18, 2016]. Available from : PsycINFO.
4. Chouanière D. Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé. *La santé de l'Homme*. 2008;397:4-6.
5. URLM. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyse et perspective. URLM commission prévention et santé publique. Juin 2007. [Internet] [cited 2016 septembre 29] Available from : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf.
6. Galam E. Stress professionnel des médecins : comment y remédier ? *Revue du Praticien médecine générale*. Tome 19. N° 704/705(19) Octobre 2005 ; 19.
7. Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in Resident Physicians: A Sytematic Review. *Open Journal of Depression*. 2014; 3:89-100.
8. Isaksson Ro KE, TyssenR, Hoffart A, Sexton H, Aaslan OG, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*. 2010 ; 10:213.
9. Selye, H. A syndrome produced by divers nocuous agents. Dans :Mcmillan Magazines Ltd. *Nature*, volume 138. 1936. p.32.
10. Selye H. *The stress of life*. New York : McGraw-Hill; 1956.
11. Selye H. The general adaptation syndrome and the deseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*. 1946;6:118-230.
12. Selye H. *Stress*. Montreal: Acta Inc; 1950.
13. Lazarus R. *Psychological stress and the coping process*. New York: Mac Graw Hill; 1966.
14. Lazarus R. Coping Theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*. 1993;55:234-247.
15. Lazarus R. Coping with stress of illness. WHO Regional Publication European Series. 1992;44:11-31.
16. Lazarus RS, Folkman S. Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medecin*. 1984;282-325.
17. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
18. Décamps, G. (2011). Stress et adaptation. Modèles de référence et applications spécifiques. In : G. Décamps (Ed.). *Psychologie du sport et de la santé*. Bruxelles : Editions de Boeck. p 61-78.
19. Bonnaud-Antignac A, TessierP, Quere M,Guihard E, hardouin JB , Nazih-Sanderson F et al. Stress, qualité de vie et santé des étudiants. Suivi d'une cohorte en première année commune d'étude en santé (PACES). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2015; 25:58-65.
20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J 170 Health Soc Behav*. 1983 Dec; 24(4):385-96.

21. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.
22. Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers. 2001;67:68-83.
23. Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R. Introduction à la psychologie de la santé. Paris : Presses Universitaires de France; 1994.
24. Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. Personnalité et maladies. Stress coping et ajustement. Paris : Dunod; 2001.
25. Boujut E. Facteurs prédisant le développement de symptômes dépressifs, de symptômes somatiques, de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de première année. Une étude prospective en psychologie de la santé. [Thèse de Doctorat de psychologie]. Bordeaux : Université Victor Segalen Bordeaux 2; 2007.
26. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. Annales Médico Psychologiques. 2005;163:561-567.
27. Camart N, Gérard C, Varescon I, Huc AS, Detilleux M. Stress et coping chez des patients alcool-dépendants consultants. Journal de thérapie cognitive et comportementale. 2008;18(3):119-123.
28. Monfort E, Trehel G. classification de styles de coping dans une population d'anciens combattants âgés. Annales médico-psychologiques. 2012;170:636-641.
29. Courtois R, Réveillère C, Paüs A, Berton L, Jouint C. Lien entre stressseurs, santé psychique et premières consommations d'alcool et de tabac à la préadolescence. L'Encéphale. 2007;33:300-9.
30. Kuntsche EN, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Why do young people drink? A review of drinking motives. Clinical Psychology Review 2005; 25(7):841–861.
31. Al-Dabal BK, Koura MR, Rasheed P, Al-Sowielem L, Makki SM. A Comparative Study of Perceived Stress among Female Medical and NonMedical University Students in Dammam, Saudi Arabia. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2010;10(2):231-240.
32. Carson AJ, Dias S, Johnston A, McLoughlin MA, O'Connor M, Robinson BL et al. Mental health in medical students: a case control study using the 60 item General Health Questionnaire. Scott MedJ. 2000; 45:115-116.
33. Stern M, Norman S, Komm C. Medical students' differential use of coping strategies as a function of stressor type, year of training, and gender. Behav Med. 1993;18:173-180.
34. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. BMC medical education. 2005;5:21.
35. Alosaimi FD, Almufleh A, Kazim S, Aladwani B. Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: A cross-sectional national study. Pak J Med Sci 2015; 31(3):504-509.
36. Héraut J, Dano C. Consommations de substances psychoactives des internes en médecine. Exercer 2013;107:122-3.
37. Koleck M, Bruchon-Swcheitzer ML, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burnout among french general practitioners. European review of applied psychology. 2000 ; 50(3) :309-314.

38. Gunasingam N, Burns K, Edwards J et al. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgrad Med J.* 2015; 91:182–187.
39. Bardou J, Paultre U. Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015.
40. Belaube C. Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016.
41. Contau G. Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016.
42. MILDECA. Plan de lutte gouvernemental contre les addictions 2013-2017. [Internet] [cited 2016 september 29] Available from :<http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017>.
43. DROGUES INFO SERVICE. Les consultations jeunes consommateurs CJC [Internet] [cited 2016 septembre 29]. Available from : <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage#.V-1voKKLQfE>
44. Bryant ZE, Henslee AM, Correia CJ. (2013) Testing the effects of e-mailed personalized feedback on risky alcohol use among college students. *Addict Behav.* 38:2563–7.

ANNEXES

Annexe 1 : Flyer Intern'life recto



The flyer features a background image of a doctor in a white coat with a stethoscope. The text is overlaid on the left side. The title '[INTERN'LIFE]' is in large, bold, black letters, with the subtitle 'ou la face cachée des internes...' in red below it. The main text 'Une étude menée par des sur les pour les } internes' is in a mix of black and red fonts. A black box with white text 'PARTICIPEZ ET GAGNEZ DES CADEAUX' is tilted in the bottom right corner. Logos for the University of Bordeaux Segalen and Groupe Pasteur Mutualité are at the bottom left. Contact information is listed in the middle left.

[INTERN'LIFE]
ou la face cachée des internes...

Une **étude** menée
par des
sur les } **internes**
pour les }

CONTACTS ET INFOS :
@ etude.internlife.aquitaine@gmail.com
f Internlife Aquitaine
www.etude.intern-life.com

UNIVERSITÉ
BORDEAUX
SEGALEN

GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ

**PARTICIPEZ
ET GAGNEZ
DES CADEAUX**

Flyer Intern'life Verso :

[INTERN'LIFE]

ou la face cachée des internes...

Chers cointernes,

Cette étude est réalisée en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale. Il s'agit d'une étude originale, unique, réfléchie depuis plus d'un an. Pour la première fois en France, la vie des internes sera suivie de l'entrée à la sortie de l'internat.

Intérêt pour vous : VOUS CONNAÎTRE, VOUS DÉCOUVRIR, AMÉLIORER VOTRE FORMATION

Objectif de l'étude : connaître votre vécu sur les 3 années d'internat en répondant à des questionnaires semestriels.

Votre participation : Nous vous demandons de remplir un auto-questionnaire tous les six mois, entre chaque stage ce qui nous permettra d'apprécier votre expérience d'interne en médecine générale. Vous répondrez à ces questionnaires sur internet lors d'une période libre de votre choix : cela prend environ 20 minutes.

Confidentialité et anonymat : Les données récoltées sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude. Un numéro vous sera attribué et les données nominatives ne seront pas exploitées pour l'étude.

Volontariat : Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à tout moment.

Cette étude constitue pour nous un sujet de thèse de Médecine Générale.

Nous vous encourageons ainsi à répondre à ces questionnaires jusqu'à la fin de votre internat afin d'améliorer la validité de cette étude.

Compte-rendu des résultats : Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

L'équipe d'Intern'life

Annexe 2 : Protocole Intern'life T0

Note d'information pour les participants

Etude "Intern'Life"

Chers participants,

Cette étude est menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes. Il s'agit d'une **étude originale, unique, réfléchie depuis plus d'un an**, qui a nécessité des entretiens individuels de préparation avec des internes des promotions antérieures. Pour la première fois en France, la vie des internes sera suivie **de la rentrée à la sortie de l'internat**.

INTERET POUR VOUS: se connaître, se découvrir et améliorer votre formation.

OBJECTIF DE L'ETUDE : connaître **votre vécu sur les 3 années d'internat** en répondant aux mêmes questions **tous les 6 mois** (donc 6 fois).

VOTRE PARTICIPATION :

Nous vous demandons de remplir un auto-questionnaire à **6 moments différents (tous les six mois, entre chaque stage)**, nous permettant d'apprécier votre expérience d'interne en médecine générale. Vous répondrez à ces questionnaires sur internet lors d'une période libre de votre choix: cela prend environ **20 minutes**.

CONFIDENTIALITE ET ANONYMAT :

Cette recherche est **confidentielle et anonyme**: toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. **Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et vos initiales)** vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une

publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

VOLONTARIAT :

Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

COMPTE-RENDU DES RESULTATS :

Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Questionnaire socio-biographique

Sexe : Homme ☐ Femme ☐

Age :

Statut marital actuel : Célibataire ☐ ; En couple et vivant ensemble ☐ ;
En couple mais vivant séparément ☐ ; Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfants : 0 ☐ ; 1 ☐ ; 2 ☐ ; 3 ☐ ; 4 et + ☐

Avez-vous été FFI ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le niveau d'étude de vos parents :

✓ **Père :** Primaire ☐ ; Collège ☐ ; Lycée ; ☐ Bac ; Etude Supérieures ☐

✓ **Mère :** Primaire ☐ ; Collège ☐ ; Lycée ; ☐ Bac ; Etude Supérieures ☐

Au cours de cette année universitaire, où vivez-vous ?

☐ Chez vos parents, ou l'un de vos parents

☐ En résidence universitaire ou en foyer

☐ Dans un appartement

Précisez :

☐ En couple

☐ Seul

- ☐ En colocation
☐ Autre Précisez :

Suivez-vous actuellement une psychothérapie ?

Oui ☐; Non ☐; Ne souhaite pas répondre ☐

**** Si oui, de quel type ?***

TCC ☐; Analytique ☐; Autre ☐

Depuis combien de temps ?

**** Si non, avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?***

Oui ☐; Non ☐; Ne souhaite pas répondre ☐

TCC ☐; Analytique ☐; Autre ☐

Durant combien de temps ?

A quelle fréquence en moyenne pratiquez vous une activité sportive ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ jamais

A quelle fréquence en moyenne allez-vous au restaurant ou dans des bars ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ jamais

A quelle fréquence en moyenne allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?

- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une à deux fois par mois

- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ jamais

• ***A quelle fréquence en moyenne vous connectez-vous sur facebook ?***

- ☐ Plusieurs fois par jour
- ☐ Une fois par jour
- ☐ Une à deux fois par semaine
- ☐ Une fois par mois
- ☐ jamais

CAST: Cannabis Abuse Screening Test

Au cours de votre vie :

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis *avant midi* ?

☐ Oui ☐ Non

2. Avez-vous déjà fumé du cannabis *lorsque vous étiez seul(e)* ?

☐ Oui ☐ Non

3. Avez-vous déjà eu des *problèmes de mémoire* quand vous fumez du cannabis ?

☐ Oui ☐ Non

4. *Des amis ou des membres de votre famille* vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

☐ Oui ☐ Non

5. Avez-vous déjà essayé de *réduire* ou d'*arrêter* votre consommation de cannabis *sans y parvenir* ?

☐ Oui ☐ Non

6. Avez-vous déjà eu des problèmes *à cause de votre consommation* de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

☐ Oui ☐ Non

SCOFF: Sick Control One Fast Food (Morgan et al., 1999)

1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien “l’estomac plein”?

☐ Oui ☐ Non

2- Craignez d’avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?

☐ Oui ☐ Non

3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?

☐ Oui ☐ Non

4- Pensez-vous que vous êtes trop grosses alors que les autres vous trouve trop mince?

☐ Oui ☐ Non

5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?

☐ Oui ☐ Non

DETA

Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Test de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

- ☐ Dans les cinq minutes
- ☐ De 6 à 30 minutes
- ☐ De 31 à 60 minutes
- ☐ Plus de 60 minutes

Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Echelle de symptômes somatiques : L'index Psychosomatique de la SCL-90-R de Derogatis (1994)

Consigne : Voici une série de problèmes qui peuvent se présenter dans votre vie. Pourriez vous cocher la case indiquant le degré selon lequel chacun de ces problèmes vous a perturbé(e) ou ennuyé(e) au cours des 3 mois précédents.

Ces problèmes m'ont perturbé	Pas du tout 1	Un peu 2	Assez 3	Beaucoup 4
Maux de tête				
Défaillances ou vertiges				
Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine				
Nausées ou douleurs d'estomac				
Douleurs dans le bas du dos				
Douleurs musculaires				
Difficultés respiratoires				
Sueurs froides ou bouffée de chaleur				
Fourmillements ou picotements				
Gorge nouée				
Faiblesse dans certaines parties du corps				
Lourdeur dans les bras ou les jambes				

QCAE (Reniers et al. / traduction (ECIPSY EBG & PR))

Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante.

	Répondez rapidement et avec sincérité.	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
1.	Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.				
2.	D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.				
3.	En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.				
4.	Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.				

5.	Quand je suis peiné par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.				
6.	Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.				
7.	Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.				
8.	J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.				
9.	Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.				
10.	Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié				
11.	Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.				
12.	Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.				
13.	Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
14.	Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.				
15.	Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				
16.	Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
17.	Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
18.	Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.				
19.	Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
20.	Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
21.	Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				
22.	Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
23.	Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).				

24	Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.				
25	J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
26	Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
27	Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
28	Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				
29	Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
30	J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31	Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

Bien-être: La SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener et al., 1985

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à **votre état des 3 derniers mois** à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit:

- 1 – Fortement en désaccord
- 2 – En désaccord
- 3 – Légèrement en désaccord
- 4 – Ni en désaccord ni en accord
- 5 – Légèrement en accord
- 6 – En accord
- 7 – Fortement en accord

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux. ____
2. Mes conditions de vie sont excellentes. ____
3. Je suis satisfait(e) de ma vie. ____
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie. ____
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. ____

Echelle HAD de Zigmond et Snaith

Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

1. Je me sens tendue ou énervée

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

2. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- ☐ Oui, tout autant qu'avant
- ☐ Pas autant
- ☐ Un peu seulement
- ☐ Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

4. Je ris et vois le bon côté des choses

- ☐ Autant que par le passé
- ☐ Plus rarement qu'avant
- ☐ Vraiment moins qu'avant
- ☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Assez souvent
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- ☐ Oui, quoiqu'il arrive
- ☐ Oui, en général
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- ☐ Jamais

- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- ☐ Oui, c'est tout à vrai
- ☐ Un peu
- ☐ Pas tellement
- ☐ Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- ☐ Autant qu'avant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Annexe 3 : Protocole Intern'life T1

Protocole T1

Chers participants, Voici la suite de l'étude Intern'Life menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes et de l'Université de Bordeaux.

Objectif de l'étude Connaître votre vécu pendant vos années d'internat.

Intérêt pour vous Vous connaître, participer à une étude d'envergure, améliorer votre formation et votre bien-être.

Votre participation Vous répondrez à un questionnaire sur internet lors d'une période libre de votre choix: cela prend environ **20 minutes**. Nous vous rappelons qu'il est tout à fait possible **de le faire en plusieurs fois en cliquant sur "enregistrer les réponses et reprendre plus tard"**.

Confidentialité et anonymat Cette recherche est confidentielle et anonyme : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et les trois premières lettres du prénom de votre mère) vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

Volontariat Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

Compte-rendu des résultats Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Questionnaire socio-biographique

Sexe : Homme ☐ Femme ☐ Age : ____ Statut marital actuel : Célibataire ☐ En couple et vivant ensemble ☐

En couple mais vivant séparément ☐ Divorcé(e) ☐

Concernant votre travail

1- Dans quel stage êtes-vous actuellement ? Stage ambulatoire ☐ Urgences ☐ Pédiatrie ☐ Gynécologie ☐ médecine adulte ☐ stage libre ☐

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce stage sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait) ? ____

2- Au cours de ce semestre: Quel a été le nombre d'heures travaillées par semaine (gardes incluses) : ____ Quel a été le nombre de gardes effectuées par mois : ____ Quel a été le nombre de WE libres par mois : ____ Quel a été le nombre de semaine(s) de vacances durant ce semestre : ____ Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre? Oui ☐ Non ☐ Quelles ont été les parts en pourcentage de: Clinique ____% Administrative ____% Autres ____% Combien de temps avez-vous passé dans les transports chaque jour ? ____ Avez-vous assisté ou participé à des faits qui heurtaient votre conscience professionnelle ou personnelle ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous subi du harcèlement moral ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, de la part de : équipe soignante ☐ hiérarchie ☐ patient ☐ Avez-vous subi du harcèlement sexuel ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, de la part de : équipe soignante ☐ hiérarchie ☐ patient ☐

En général, durant ce semestre, classez vos priorités pendant les consultations: Satisfaire et écouter le patient Trouver les bons diagnostics et traitement Etre efficace dans un temps imparti

Assurer votre bien-être et vous protéger

Concernant votre alimentation

1- Durant votre vie, avez-vous suivi un régime ? oui ☐ non ☐

Si oui, combien de fois ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus ☐

2- Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? oui ☐ non ☐

Si oui, combien de fois ? 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus ☐

3- Pensez-vous manger équilibré ? oui ☐ non ☐

4- Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ? ----

5- Grignotez-vous ? oui ☐ non ☐

6- Taille (en cm) :

7- Poids (en kg) :

SCOFF: Sick Control One Fast Food (Morgan et al., 1999)

1- Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien “l'estomac plein”?
☐ Oui ☐ Non

2- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez? ☐ Oui ☐ Non

3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois? ☐ Oui ☐ Non

4- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince?
☐ Oui ☐ Non

5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie? ☐ Oui ☐ Non

Concernant vos loisirs

A quelle fréquence, en moyenne, pratiquez-vous une activité sportive ?

☐ ? quelle fréquence, en moyen? ☐ qu? ☐ ☐ jamais

A quelle fréquence, en moyenne, allez-vous au restaurant ou dans des bars ?

☐ ? quelle fréquence, en moyen ☐ qu? ☐ ☐ jamais

A quelle fréquence, en moyenne, allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?

☐ ? quelle fréquence, en moyen ☐ qu? ☐ ☐

Concernant votre formation

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
La formation « informelle » à l'hôpital (visites, discussions de couloir, staffs...) est prédominante par rapport à mes cours « officiels » pour ma future pratique	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan bio-médical	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan humain	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan bio-médical	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan humain	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été encouragé(e) pendant mon cursus par mes collègues	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai reçu une formation spécifique sur la relation médecin-malade	☐	☐	☐	☐	☐

Concernant votre formation spécifique sur la relation médecin-malade, sous quelle forme était-ce ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Cours théoriques
- ☐ Jeux de rôles
- ☐ Groupes d'échanges (balint ou autre)
- ☐ Séniorisation
- ☐ Autre

Cet enseignement était : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Facultatif
- ☐ Obligatoire

Bien-être: La SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener et al., 1985

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la proposition appropriée à votre état des 3 derniers mois à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

*Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mes conditions de vie sont excellentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait(e) de ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Empathie clinique: JSPE (Jefferson Scale of Physician's Empathy, Hojat, 2002), traduit et validé par Zenasni et al. (2012)

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles,

cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être depuis les 3 derniers mois selon l'échelle suivante.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical, ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.							
Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Échelle HAD de Zigmond et Snaith

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

Je me sens tendu(e) ou énervé(e). *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, tout autant qu'avant
- ☐ Pas autant
- ☐ Un peu seulement
- ☐ Presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

Je ris et vois le bon côté des choses. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Autant que par le passé
- ☐ Plus rarement qu'avant
- ☐ Vraiment moins qu'avant
- ☐ Plus du tout

Je me fais du souci. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Assez souvent
- ☐ La plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e). *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, quoi qu'il arrive
- ☐ Oui, en général
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, c'est tout à fait vrai
- ☐ Un peu
- ☐ Pas tellement
- ☐ Pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Autant qu'avant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

QCAE (Reniers et al. / traduction (ECIPSY EBG & PR))

Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante. (Répondez rapidement et avec sincérité) *

- Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre	☐	☐	☐	☐

personne.				
D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.	☐	☐	☐	☐
En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.	☐	☐	☐	☐
Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.	☐	☐	☐	☐
Quand je suis peiné(e) par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.	☐	☐	☐	☐
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.	☐	☐	☐	☐
Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.	☐	☐	☐	☐
J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.	☐	☐	☐	☐
Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.	☐	☐	☐	☐
Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié	☐	☐	☐	☐
Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.	☐	☐	☐	☐
Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.	☐	☐	☐	☐
Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.	☐	☐	☐	☐
Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.	☐	☐	☐	☐
Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.	☐	☐	☐	☐
Je me rends compte rapidement si	☐	☐	☐	☐

quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
--	--	--	--	--

Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.	☐	☐	☐	☐
Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.	☐	☐	☐	☐
Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.	☐	☐	☐	☐
Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.	☐	☐	☐	☐
Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.	☐	☐	☐	☐
Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.	☐	☐	☐	☐
Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).	☐	☐	☐	☐
Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.	☐	☐	☐	☐
J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.	☐	☐	☐	☐
Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.	☐	☐	☐	☐
Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.	☐	☐	☐	☐
Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.	☐	☐	☐	☐
Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.	☐	☐	☐	☐
J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des	☐	☐	☐	☐

autres avant de faire quelque chose.				
Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.	☐	☐	☐	☐

**Adaptation de la WCC-R (Ways of Coping Checklist) de Vitaliano et al. (1985)
(Version française : Cousson-Gélie et al., 1996)**

Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces trois derniers mois pour faire face au stress lié à l'internat. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.	☐	☐	☐	☐
J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	☐	☐	☐	☐

Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	☐	☐	☐	☐
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	☐	☐	☐	☐
J'ai changé positivement.	☐	☐	☐	☐
Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.	☐	☐	☐	☐
J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	☐	☐	☐	☐
J'ai pris les choses une par une.	☐	☐	☐	☐
J'ai espéré qu'un miracle se produirait.	☐	☐	☐	☐
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.	☐	☐	☐	☐
Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.	☐	☐	☐	☐
Je me suis culpabilisé(e).	☐	☐	☐	☐
J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	☐	☐	☐	☐
Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.	☐	☐	☐	☐
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.	☐	☐	☐	☐
J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.	☐	☐	☐	☐
J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de tout oublier.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de ne pas m'isoler.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.	☐	☐	☐	☐
J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	☐	☐	☐	☐

J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.	☐	☐	☐	☐
Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).	☐	☐	☐	☐
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.	☐	☐	☐	☐

55 Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en rapport avec l'internat ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui ☐

Non ☐

MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach et al. (1996) Adaptation de la version française du MBI de Dion & Tessier (1994)

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez depuis les 3 derniers mois ce qui est décrit à chaque item. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je craque à cause de mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens plein(e) d'énergie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens frustré(e).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens au bout du rouleau.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Échelle PSS 4

Diverses questions vont vous être posées ci-après. Elles concernent vos sensations et pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. À chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti(e) le mois dernier.

Au cours du dernier mois, combien de fois...	<i>Jamais</i>	<i>Presque jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Assez souvent</i>	<i>Très souvent</i>
1 ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
2 ... vous êtes vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
3 ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
4 ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					

Échelle de stress perçu spécifique aux IMG

Voici une série d'éléments qui ont pu vous stresser depuis les 3 derniers mois. Veuillez répondre, sur une échelle de 1 à 5, si ils vous ont stressé pas du tout (1) ou beaucoup (5). *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
Le fait de se sentir fatigué(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La période du choix des stages	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion des familles de patients	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le rythme de travail (les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les gardes)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'arrivée dans un nouveau stage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le fait d'être responsable de vies humaines	☐	☐	☐	☐	☐	☐

La charge de travail (le temps passé à l'hôpital)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La relation avec le chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La peur de faire une erreur ou de passer à côté de quelque chose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps passé en famille, avec les proches...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La relation avec l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances théoriques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps pour gérer le quotidien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion d'une équipe soignante en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque d'expérience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps pour les loisirs ou le sport	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'indisponibilité du chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion d'un patient en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de sommeil (ou sommeil de mauvaise qualité)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les situations de fin de vie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La sensation d'être dépassé(e) par les événements	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Critères de Goodman (1990)

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une(des) consommation(s) et/ou à un/des comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez.

1. Lorsque j'ai envie de consommer du(des) ..., il m'est impossible de résister.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

2. J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de consommer du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

3. J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je consomme du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

4. J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je consomme du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

5. Je pense fréquemment au fait de consommer du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

6. Les moments que je consacre au(x) ... et les effets que je ressens avec le/les ... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis

- ☐ Psychotropes

7. J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner le/les

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

8. Je consacre beaucoup de temps à consommer du(des)... et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

9. J'ai l'impression que je consomme davantage du(des) ... lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

10. Le fait de consommer du(des)... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

11. Je continue à consommer du(des) ... bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

12. J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ma/mes consommation(s) de ... pour obtenir les mêmes effets.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

13. Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas consommer du(des)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

14. Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ Psychotropes

GOODMAN2

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une(des) consommation(s) et/ou à un/des comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez.

1. Lorsque j'ai envie de ... , il m'est impossible de résister.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

2. J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

3. J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

4. J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je... .

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

5. Je pense fréquemment au fait de

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

6. Les moments que je consacre à ... et les effets que je ressens en... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

7. J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner de

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

8. Je consacre beaucoup de temps à ... (préparation, réalisation) et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

82 9. J'ai l'impression que je ... davantage lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

10. Le fait de ... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

11. Je continue à... bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

12. J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ... pour obtenir les mêmes effets.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

13. Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

14. Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manger
- ☐ Faire du sport
- ☐ Aller sur facebook

MERCI pour votre participation !

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 0826004580.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »